

***La relation interpersonnelle :
une réponse au défi de la violence en
psychiatrie ?***

Travail de Bachelor

Marmillod Alice

N° matricule : 4070016422

Soldati Melissa

N° matricule : 4070016518

Directrice: Joëlle Grenier - Chargée d'enseignement HES

Membre du jury externe : Joël Danielian – quality officer et responsable de la formation
CAS / DAS en Psychiatrie Clinique et Santé Mentale

Genève, 05.06.2016

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 05.06.2016

Alice Marmillod & Melissa Soldati

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement Mme Joëlle Grenier, directrice de travail de bachelor, pour sa disponibilité et son indéfectible engagement. Ses précieux conseils ainsi que ses pistes de réflexion ont permis d'étayer nos observations et d'étoffer nos recherches.

Nous remercions également cordialement M. Joël Danielian, jury de soutenance, pour l'intérêt porté à notre travail ainsi que pour sa présence lors de la soutenance.

Il va sans dire que nous adressons aussi nos plus sincères remerciements à l'ensemble des professionnels de terrain, le corps enseignant ainsi que les patients rencontrés en stage, qui ont forgé notre motivation professionnelle et qui constituent le centre de nos préoccupations lors de l'élaboration de ce travail de bachelor.

Finalement, nous remercions vivement Susanne Marmillod et Ludovic Agaasse pour leur relecture et l'intérêt porté à notre travail.

Résumé

Introduction: La problématique de la violence est un phénomène en constante augmentation dans la société actuelle. Elle est présente dans tous les médias, journaux, télévision, internet et autres et provoque un sentiment d'insécurité croissant. Le domaine de la psychiatrie, empreint d'un passé douloureux de stigmatisation et de peur de la folie est particulièrement touché par ce regain de violence. La réponse, née du monde asilaire, la plus souvent apportée réside dans les mesures d'isolement et de contention. L'hypothèse de cette revue de littérature est alors d'envisager la relation interpersonnelle, selon H. Peplau, comme alternative possible à ces mesures.

Méthodologie: Les bases de données PubMed et CINAHL ont été interrogées par différentes équations de recherche qui ont produit 153 articles dont 8 ont été sélectionnés pour une lecture critique. Toutes les études retenues sont de type qualitatives permettant de cerner le sujet de manière descriptive détaillée.

Résultats: Les divers apports retenus de la littérature mettent en évidence le manque de définitions universelles des concepts de violence et d'agressivité dans les soins. Ils soulignent la nature paradoxale de la réponse à apporter à la violence, opposant une perspective thérapeutique individuelle à une perspective sécuritaire collective.

Conclusion : L'analyse critique des résultats a permis la mise en lumière du soin relationnel, nécessaire à la diminution potentielle de la contrainte et ainsi de la violence. Ce travail permet une ouverture sur des perspectives d'amélioration de la pratique infirmière, notamment par l'introduction de concepts en plein essor.

Mots-clés: Violence, Contrainte, Alternatives, Relation interpersonnelle, Psychiatrie hospitalière.

Abstract

Background: The theme of violence is a constantly rising phenomenon in today's society and is present in all the media, newspapers, television, internet and others, creating a growing sense of insecurity. Psychiatry, coloured by a painful past of stigmatisation and fear, is particularly affected by violence. The most common responses, born of the world of asylums, are restraint and seclusion methods. The hypothesis made by this literature review is the use of the interpersonal relationship style, described by H. Peplau, as a possible alternative to coercive measures.

Method: The following databases PubMed and CINAHL were consulted through different search equations. They lead to the selection of 153 articles, of which 8 were further chosen for analysis. All the articles included in this review are of a qualitative nature and present in-depth descriptions of the subject.

Results: The various contributions of the selected literature highlight the lack of universal definitions of the concepts of violence and aggression in health care. They also point out the paradoxical nature of the responses to violence, between a therapeutic and individualistic approach and a security based collective perspective.

Conclusion: The critical analysis of the results highlighted the therapeutic relationship as means to potentially reducing coercive measures and violence. This work provides new perspectives for improving nursing practice including the introduction of further concepts relevant in mental health.

Keywords: Violence, Coercion, Alternatives, Interpersonal Relationship, Psychiatric Hospitals

Liste des abréviations

ASSM	Académie Suisse des Sciences Médicales
CC	Code Civile
CP	Code Pénal
EBN	Evidence Based Nursing
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IF	Impact Factor
LS	Lois sur la Santé
OMS	Organisation Mondial de la Santé
ONVS	Observatoire National des Violences en milieu de Santé
PAFA	Placement à des fins d'assistance et traitement forcé
PICO	Population Intervention Contexte Outcome

Liste des tableaux

Tableau 1. Concepts et MeSh Terms utilisés sur les bases de données PubMed et CINHAL.....	22
Tableau 2. Equations de recherche retenues pour PubMed	23
Tableau 3. Equations de recherche retenues pour CINHAL.....	23
Tableau 4. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24
Tableau 5. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique.....	34

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	25
---	----

Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Problématique	1
1.1.1. La violence, un problème de santé mondiale	1
1.1.2. La violence et la santé mentale	3
1.1.3. Composantes conceptuelles de la problématique	5
1.1.4. Moyen thérapeutique efficace ou pratique d'un autre âge ?	7
1.1.5. Importance du soin relationnel en psychiatrie	11
1.2. Cadre théorique	13
1.2.1. Ancrage disciplinaire	13
1.2.2. Métaconcepts	16
1.2.3. Méthodologie de la pratique	18
1.3. Formulation de la question de recherche	18
2. Méthode	21
2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	21
2.1.1. Équations de recherche sur CINHAL	23
2.1.2. Types de recherche retenus	24
2.1.3. Qualité des revues	24
2.1.4. Répartition géographique des études retenues	25
2.2. Diagramme de flux	25
3. Résultats	26
3.1. Analyse critique des articles retenus	26
3.1.1. Qu'est-ce que la violence dans les soins en psychiatrie ?	26
3.1.2. La contrainte, un soin controversé face à la violence	27
3.1.3. La contrainte vue par le soignant	28
3.1.4. La contrainte vue par le patient	29
3.1.5. Les alternatives et améliorations possibles	30
3.1.6. Quelles recommandations proposer?	31
3.1.7. Quel est l'enjeu de la relation thérapeutique ?	32
3.2. Tableau comparatif	33
4. Discussion	39
4.1. Conflit des logiques thérapeutiques et sécuritaires	39
4.2. Etat des lieux sur la situation en Suisse	40
4.3. Une problématique complexe	41

4.3.1. Des résultats à nuancer.....	42
4.4. La relation interpersonnelle, une alternative à la contrainte ?	44
4.4.1. Phase d'orientation.....	45
4.4.2. Phase de travail.....	46
4.4.3. Phase de résolution.....	47
5. Conclusion	48
5.1. Apports et limites du travail	48
5.2. Recommandations	49
6. Références	51
6.1. Liste de Références Bibliographiques	51
6.1.1. Articles scientifiques généraux	51
6.1.2. Articles scientifiques analysés	52
6.1.3. Ouvrages et manuels	53
6.1.4. Documents électroniques	54
6.2. Liste Bibliographique.....	55
6.2.1. Articles scientifiques	55
6.2.2. Ouvrages et manuels	56
Annexe 1 : Définition des composantes éthiques intervenant dans les soins sous contrainte, selon l'ASSM	57
Annexe 2 : Fiche de lecture : analyse critique d'une étude qualitative	59

1. INTRODUCTION

Le présent travail porte sur la thématique de la violence dans les soins en psychiatrie hospitalière. Il traite des comportements auto et hétéro-agressifs des patients hospitalisés en psychiatrie, de l'utilisation subséquente de contrainte et de l'importance de la relation thérapeutique comme alternative envisageable. Cette revue de littérature aborde les différents concepts sous-tendus par la problématique et fournit un éclairage selon la théorie de H. Peplau. La méthodologie détaillée de la recherche d'articles permet de garantir la reproductibilité des résultats, retranscrits et analysés par la suite. Ultérieurement, des recommandations seront faites pour la pratique infirmière, prenant en compte les limitations inhérentes à ce travail.

1.1. Problématique

1.1.1. *La violence, un problème de santé mondiale*

Lorsqu'on se penche sur le thème de la violence dans les soins, il convient tout d'abord de se demander s'il s'agit effectivement d'un phénomène que l'on rencontre dans les soins et qui pose problème pour les soignants.

À ce sujet, la 49ème Assemblée mondiale de la Santé déclare que la violence est un problème de santé publique majeur et croissant dans le monde entier. Elle attire l'attention sur les conséquences de la violence, tant à court terme qu'à long terme, pour les familles, les communautés, les pays et sur les services de santé (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2002, p. 21). L'OMS définit la violence par rapport à la santé et au bien-être des personnes comme suit :

La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations (OMS, 2002, p. 29).

Il est donc évident que les violences, sous leurs différentes formes, ont un impact sur la santé. Qu'elles soient « ponctuelles ou répétées et chroniques, les violences ont potentiellement un effet déstructurant et désorganisateur et des conséquences sur la santé physique, psychique et sociale non seulement des personnes victimes directes, mais aussi des autres personnes concernées » (Escard, 2015, p. 5).

La violence est non seulement présente dans l'univers de la santé mais le monde du travail se voit aussi touché (Davous, Le Grand-Sébille & Seigneur, 2014, p. 54). La violence au travail peut être interne (elle peut se produire dans les relations

entre professionnels) ou externe (elle est exercée par un individu extérieur à l'organisation, patients, familles, visiteurs, etc.) (Gbézo, 2011, p. 32). La violence dans les hôpitaux se retrouve sous quatre formes qui coexistent : la violence verbale, la violence physique, la violence psychologique et la violence sexuelle. De plus, le fait de devenir malade est en soi porteur d'une violence, mais également les répercussions de la maladie et la façon dont les soignants et la société peuvent accompagner les malades (Davous et al., 2014, p. 87).

Les violences sont nombreuses, quotidiennes et diversifiées et peuvent aller de la simple invective à l'agression physique. Les auteurs de ces violences peuvent être les patients hospitalisés, les proches, les soignants, etc., qui commettent des actes à l'encontre des biens et des personnes, que ce soit le personnel médical, les soignants ou les patients. Plusieurs éléments liés à l'organisation du travail et à l'environnement favorisent l'émergence d'actes de violence. Ceux-ci peuvent être entre autres, la libre circulation du public dans l'enceinte hospitalière, l'exiguïté des locaux, les délais d'attente importants, la surcharge de travail, le manque de formation pour identifier et contenir l'agressivité et la tendance à banaliser ces actes de violence (Gbézo, 2011, p. 10).

1.1.1.1. La psychiatrie, le premier domaine touché

L'observatoire national des violences en milieu de santé est un organisme français qui recense les faits de violences dans les établissements de santé et évalue les politiques mises en œuvre sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des biens et des personnes dans les établissements (Observatoire national des violences en milieu de santé, 2014, p. 3). Les éléments statistiques présents dans le rapport démontrent que les services qui déclarent le plus de faits de violence sont la psychiatrie (24%), les urgences (14%), la médecine (9%) et la gériatrie (9%), ces chiffres reflétant une quasi stabilité depuis quelques années. La psychiatrie représenterait à elle seule près de 30 % des atteintes aux personnes, dont « 73% sont des violences physiques au cours desquelles le personnel hospitalier est victime dans plus de 8 cas sur 10. » (ONVS, 2014, p. 16). Le personnel soignant se retrouve alors souvent confronté à la violence, aux comportements dysfonctionnels et déviants dus à la maladie, se manifestant essentiellement par des coups (Binachi, 2013). Ce rapport, bien qu'il traite de statistiques françaises, soutient les tendances que l'on connaît dans les hôpitaux suisses.

1.1.2. La violence et la santé mentale

1.1.2.1. La peur du « fou »

Les services de psychiatrie se voient alors majoritairement touchés par des problématiques de violence. Les caractéristiques spécifiques de ces services, empreints d'un passé compliqué né des asiles et qui renvoie à un monde clos et à l'enfermement (Davous et al., 2014, p. 180), teintent la vision qu'en a le grand public. Les représentations sociales associent les personnes souffrant de maladie psychiatrique à la folie, à l'incurabilité et à la dangerosité (Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé, 2004, p. 11). Cela met en exergue l'importante stigmatisation dont font l'objet les personnes souffrant de maladies psychiatriques. L'illustration de la folie, de l'anormalité, de la déviance et du soin à leur apporter devient elle-même une forme de violence sociale (Ciccone et al., 2014, p. 31). La société vise alors l'intégration, le normatif et l'objectivation de la psychopathologie et du handicap par l'élaboration de théories implicites.

1.1.2.2. Les multiples facettes de la violence

Le soin psychique, de part son intrusion dans la vie privée d'autrui, de la mise en sens et de l'interprétation du monde que l'on fait pour l'autre, comporte une part inévitable de violence (Ciccone et al., 2014, p. 2). L'organisation et le fonctionnement institutionnels représentent une autre source de violence dans les soins. L'hospitalisation provoque la confrontation du patient à un certain nombre de facteurs de stress environnementaux pouvant augmenter le risque d'un passage à l'acte violent (Salamin, Schuway-Hayoz & Giacometti Bickel, 2010, p. 23). Ceux-ci peuvent être liés à la structure même de l'unité (fermeture des portes, manque d'intimité, sur-occupation de l'unité engendrant un manque d'espace psychologique ou social). Les patients sont alors davantage en contact les uns avec les autres et le risque d'intrusion dans l'espace personnel est exacerbé, et peut entraîner une augmentation du stress (Salamin et al., 2010, p. 23). Cette notion de territorialité fait écho au facteur éthologique à l'origine de l'agressivité. Les facteurs influençant le risque d'un passage à l'acte sont également liés au type même de l'unité. En effet, il y a plus d'*acting out*¹ dans les unités d'admission, les unités fermées ou semi-fermées et les unités traitant les addictions que dans les autres unités (Salamin et al., 2010, p. 26). En outre, le nombre d'entrées influence significativement la survenue d'événements violents. Quant à leur gravité, elle est associée au changement de patients, c'est-à-dire au nombre

¹ « Dans la cure psychanalytique, action qui prend la place d'une parole. » (dictionnaire encyclopédique Larousse, 1979, p. 13).

d'entrées et de sorties et non pas au taux d'occupation de l'unité (Salamin et al., 2010, p. 26). Ceci explique la raison pour laquelle les unités d'admissions sont plus sujettes à des événements agressifs : le taux de rotations et d'admissions des patients y est plus élevé. Ces changements fréquents sont à l'origine de réorganisations groupales, sociales et spatiales qui peuvent avoir un impact sur le sentiment de promiscuité des patients et leur stress (Salamin et al., 2010, p. 28).

Dans les soins en psychiatrie, les soignants sont de ce fait parfois auteurs de violence, mais aussi à leur tour sujets de violence dans les soins. Selon Ciccone et al., (2014) la psychiatrie est en effet bien souvent un lieu de souffrance pour les soignants (p. 50). Cette souffrance provient du sentiment d'impuissance, d'inutilité et de désespoir face à la prise en compte de la souffrance psychique. « La souffrance des soignants est due aux logiques institutionnelles, organisationnelles, logiques de pouvoir, rapports de force idéologiques, qui prennent souvent le pas sur la tâche primaire qui est de soigner. » (Ciccone et al., 2014, p. 51). Cependant, il est aussi possible de voir la violence du soin infligée par le soignant. Ceci peut se produire, notamment lorsque il y a un contre-transfert dans la relation au patient. (Ciccone et al., 2014, p. 27). Il peut alors y avoir confusion sur l'objet des soins, il peut s'adresser inconsciemment au soignant au lieu du patient en tant que préoccupation primaire. Une élaboration insuffisante de ce contre-transfert peut faire vivre au soignant des situations émotionnelles violentes et les actes de soin peuvent alors montrer une ambivalence et être à l'origine de violences à l'encontre du patient (Ciccone et al., 2014, pp. 59-60). Parmi les formes de violence que contient le soin, on peut aussi nommer la séduction qui vise à convaincre le patient qu'on lui veut du bien et qu'il doit participer à un projet de soins qui peut ne pas être le sien mais reste celui du soignant (Ciccone et al., 2014, p. 2).

1.1.2.3. De la violence aux mesures de contrainte

La relation entre le soignant et le soigné se trouve souvent dans une certaine asymétrie (Davous et al., p. 180). La vulnérabilité de la personne soignée, qui se sent impuissante et qui a perdu sa capacité d'agir, compense cette perte de « pouvoir » par la violence qui peut s'exercer à l'encontre des soignants (Davous et al., 2014, p. 278). Le patient qui vit une situation de tension intérieure met en jeu des tentatives pour rompre cet état de tension psychique qui peuvent se traduire par un agir violent. Lorsqu'on choisit de se préoccuper en particulier de la réponse des soignants face à la violence des patients, on ne peut s'empêcher de parler de la contrainte dans les soins. En effet, la réponse primaire et principale face à un comportement qui est perçu

comme violent et dangereux (mettant en danger la sécurité des autres patients ou des soignants) est l'utilisation de formes de contrainte. Selon l'Office fédéral de la statistique, on compte actuellement en Suisse environ 600 à 700 mesures de soins sous contrainte prononcées par année, par des mesures pénales (Pascal & Hanon, 2014, p. 231). Il est cependant difficile d'avoir une idée du nombre exact de mesures civiles imposant des soins psychiatriques sous contrainte puisque, en Suisse, ce domaine est régi par des instances hiérarchiques diverses et que les statistiques hospitalières sont souvent imprécises (Pascal & Hanon, 2014, p. 232). On note néanmoins que ce sont des soins qui existent.

1.1.3. Composantes conceptuelles de la problématique

1.1.3.1. La violence

Afin de comprendre le thème de la violence dans les soins il est tout d'abord nécessaire de définir le concept de la violence et des termes que l'on peut y associer couramment. En effet, on fait souvent le lien entre *violence et agressivité* qui sont des termes associés mais difficiles à distinguer. Selon Morasz (2002), l'étymologie du terme violence fait référence à une force vitale, une pulsion naturelle (p. 27). Il existe aussi le concept de violence fondamentale qui est défini par Bergeret comme « un authentique instinct violent, naturel, inné, universel et primitif. » (Morasz, 2002, p. 27). Cette notion est dépourvue de signification haineuse et obéit à un instinct de conservation et une pulsion de vie. La personne en face n'a pas d'importance car la quête de la violence est d'empêcher la souffrance et non pas de nuire à cette personne (Morasz, 2002, p. 31). Pour Bergeret « il s'agit d'une violence fondamentale qui n'est ni bonne, ni mauvaise en soi, mais plutôt d'une pulsion de vie mise en action dès lors que l'individu perçoit une menace réelle ou supposée » (Gbézo, 2011, p. 16). Mais on peut aussi prendre une définition psychosociologique dont l'attrait réside dans l'inclusion des différents types de violence, l'intérêt porté au point de vue de la victime et la prise en compte de l'interaction présente dans la situation (Morasz, 2002, p. 10).

Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles (Michaud, 1978, cité par Morasz, 2002, p. 10).

1.1.3.2. *L'agressivité*

Quant à l'agressivité, elle est définie comme une tendance à attaquer (Morasz, 2002, p. 12). Selon Laplanche et Pontalis (1992), il s'agit de

tendances ou ensemble de tendances, qui s'actualisent dans des conduites fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, à le détruire, le contraindre, l'humilier... L'agressivité connaît d'autres modalités que l'action motrice violente et destructrice ; il n'est aucune conduite aussi bien négative (refus d'assistance par exemple) que positive, symbolique (ironie par exemple), qu'effectivement agie, qui ne puisse fonctionner comme agression...(Morasz, 2002, p. 12).

L'agressivité comprend donc la notion d'intentionnalité, d'envie et de plaisir à agresser (Morasz, 2002, p. 12). Elle « prend l'autre en considération dans un mouvement de totale ambivalence, où s'expriment à la fois haine et amour. » (Gbézo, 2011, p. 16). Elle est aussi influencée par des pulsions. L'agressivité humaine peut avoir plusieurs causes. Elle peut être un instinct nécessaire pour la structuration des relations sociales, avoir une cause neurobiologique en conséquence à un stress ou encore une cause psychologique qui dépend de facteurs groupaux, culturels et sociaux (Morasz, 2002, pp. 17-18). Il existe donc des violences motivées par un désir d'agression, des actes faisant violence mais dépourvus d'agression (telle que la contention physique en cas d'agitation) et des agressions qui ne font pas violence à la personne visée (tels que certains propos délirants) (Morasz, 2002, p. 15).

Le ressenti de la personne autour de la nature de l'acte, considéré comme violent ou agressif, occupe une place importante dans le vécu de l'acte. L'intentionnalité de l'individu à l'origine de cet acte, où l'agression sert à réduire un malaise, à éviter une situation stressante ou être une forme d'expression de violence, influence l'impact de l'acte (Morasz, 2002, p. 11).

1.1.3.3. *Facteurs influençant la problématique*

Les actes de violence ou d'agression sont liés à de nombreux facteurs. Certains traits de caractère facilitent le passage à l'acte ou l'inhibent. Selon Morasz (2002), la peur des sanctions sociales, le sentiment de culpabilité et de désarroi sont des facteurs qui diminuent le risque d'actes violents. La réaction au stress de l'acteur, un caractère compétiteur constamment pressé et aimant les challenges facilite au contraire le passage à l'acte. L'appartenance à un groupe peut augmenter le risque de passage à l'acte violent par le sentiment de protection de l'auteur de l'agression par le groupe. Quant à la victime, elle est dans tous les cas impliquée dans l'interaction violente, volontairement ou non. Si celle-ci provoque verbalement ou physiquement l'acteur de

violences, une accélération de la survenue du passage à l'acte a lieu. Le genre masculin est aussi identifié comme un facteur influençant l'agression. Puis, certains troubles psychopathologiques augmentent le risque de passage à l'acte par la diminution du contrôle de l'impulsivité. Finalement, des facteurs environnementaux ont aussi été identifiés tels que le bruit et la promiscuité (pp. 41-46).

Il est important de souligner que les notions de violence et d'agressivité représentent des tendances naturelles. Pour qu'elles soient considérées comme pathologiques, il faut qu'elles enfreignent une certaine norme, dépendant de la culture, des valeurs et des références du moment (Morasz, 2002, p. 14). « Si la violence est toujours sous-tendue par une certaine agressivité, à l'inverse, toute agressivité ne se traduit pas forcément en violence. » (Gbézo, 2011, p. 16). De ce fait, « être normalement agressif » est possible. Dans ce cas, l'individu tient compte de la réalité, diffère ses pulsions et tolère la frustration par la mise en pensée de la pulsion aggressive. Il faut cependant que la structure et le fonctionnement psychiques de la personne soient satisfaisants pour permettre l'intégration de la pulsion violente (Morasz, 2002, p. 14). Normalité n'est donc pas synonyme d'absence de pulsion. On peut voir que les notions de violence et d'agressivité sont un problème complexe lié à des façons de penser et de se comporter qui existent depuis toujours. « La violence traverse le temps, les cultures, les classes sociales et, dès que l'on cherche à la contenir ou à la canaliser, elle resurgit ailleurs sous une autre forme » (Bedin & Dortier, 2011). La notion de violence est présente dans tous les médias. « La violence devient un enjeu politique incontournable, objet de toutes les promesses et de toutes les surenchères. » (Morasz, 2002, p. 48). Les médias jouent un rôle indéniable en véhiculant de plus en plus de reportages sur les comportements violents. L'accès immédiat à l'information axée sur l'excitation et la sensorialité liée à l'action est important et mis en cause dans ce sentiment d'insécurité croissant (Morasz, 2002, p. 48).

1.1.4. Moyen thérapeutique efficace ou pratique d'un autre âge ?

1.1.4.1. La contrainte, de l'asile à la ville

La seconde notion importante est la réponse que l'on va pouvoir apporter à la violence dans les soins et plus précisément celle face à la violence des patients. C'est alors que surgit le concept de consentement et de contrainte. Historiquement, les mesures de contrainte existent depuis qu'on s'intéresse à traiter les maladies mentales. Depuis l'antiquité coexistent l'antagonisme entre contrainte et douceur, entre la contention comme mal nécessaire et la contention comme soin thérapeutique. Cela

met aussi en opposition deux conceptions divergentes de la maladie mentale. L'une où le malade est comme envahi par sa maladie, où seules des méthodes de chocs traumatiques lui permettent de s'en sortir. Et l'autre où il subsiste encore chez le malade une partie saine sur laquelle on peut s'appuyer, et il reste donc un sujet qui peut encore penser et s'en sortir par le dialogue (Friard, 2002, pp. 5-6). Au Moyen Age le fou reste dans sa famille, on le cache, on le contient et on l'isole. Puis, au siècle des Lumières, les fous et les déviants sont enfermés, attachés et exclus de la société. C'est finalement peu après la Révolution Française que le fou est reconnu comme un malade qu'il faut traiter par l'aliénisme. En créant l'asile, on libère les fous de leurs chaînes mais on institutionnalise l'isolement. (Friard, 2002, p. 6). Dans le domaine de la santé mentale, la contrainte, la contention et l'isolement ont donc toujours fait partie des tentatives de traitements médicaux spécifiques. C'est aussi avec la découverte des premiers médicaments psychotropes et de la « psychanalyse, le développement des psychothérapies et les progrès de la recherche neurobiologiques et génétiques » (Caria, Arfeuillère, Vasseur Bacle & Loubières, 2012, p. 25) que les soins ont pu évoluer et permis de concevoir autrement les pathologies psychiatriques. Les soins en psychiatrie ont donc quitté l'asile pour la ville, ils sont dès lors présents dans les hôpitaux et cliniques mais également en ambulatoire. A Genève, le mouvement de désinstitutionalisation a commencé dès la fin des années 60 et se poursuit avec l'ouverture de structures ambulatoires de plus en plus nombreuses (Rey-Bellet, Bardet Blochet & Ferrero, 2010, p. 91).

1.1.4.2. Une atteinte aux droits fondamentaux ?

Avec l'évolution du droit international, essentiellement suite à la seconde guerre mondiale, c'est le principe phare du consentement qui a pris de l'importance dans le domaine de la santé. Le consentement consiste à pouvoir, sur la base d'informations fiables, après une évaluation minutieuse et en accord avec ses valeurs personnelles, assumer la responsabilité d'un choix de suivre ou non des mesures médicales. Deux dimensions essentielles interviennent dans le cadre éthique des soins : l'autodétermination et la limitation de la liberté de mouvement. En tant que citoyen, le patient a le droit à l'autodétermination. Le fait de vouloir imposer des soins par des mesures de contrainte est donc contraire au concept d'autonomie (Académie Suisse des Sciences Médicales [ASSM], 2015, p. 5). La mesure de contrainte est définie comme l'« Application d'une mesure médicale contre la volonté autodéterminée du patient ou en dépit de son refus. » (ASSM, 2015, p. 41). La contrainte peut être mise en place sous de multiples formes, qu'elle soit physique, médicamenteuse ou

psychique, elle représente toujours un risque important d'atteinte sévère aux droits fondamentaux de la personne. Le fait d'imposer une contrainte porte atteinte à la liberté personnelle (garanti par l'Art. 5 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme), la limitation de la liberté de mouvement en est une composante. En outre, dans le Droit Suisse, les traitements psychiatriques sous contrainte sont réglementés par le Code pénal (qui fixe les peines et mesures lors d'un délit) et le Code civil (qui fixe les normes législatives du droit privé) (Pascal & Hanon, 2014, pp. 226-227). « La législation suisse concernant la contrainte en psychiatrie n'est pas très détaillée. Elle permet aux soignants d'avoir une certaine latitude pour répondre aux attentes de la justice et aux besoins des patients. » (Pascal & Hanon, 2014, p. 246). Même si la volonté de préserver la santé ne donne pas l'autorisation d'attenter aux droits et libertés de chacun, il existe néanmoins des situations dans lesquelles des mesures de contrainte sont utilisées. Dans ces cas, les notions d'autodétermination et de capacité de discernement interviennent. Cette dernière confère à la personne sa faculté de jugement et d'agir dans une situation donnée en fonction de sa volonté. Lorsqu'elle est absente, la personne n'a plus l'exercice de ses droits civils et ne peut pas donner un consentement libre et éclairé. En outre, le placement à fin d'assistance est alors possible afin de prendre en soin la personne contre sa volonté. Indépendamment de la raison de l'hospitalisation (volontaire ou non), l'administration de soins et de traitements peut alors se faire sous la contrainte².

1.1.4.3. Protéger par la contrainte ?

Lorsqu'on parle de l'utilisation de mesures de contrainte dans les soins, l'on tente toujours de limiter au possible l'atteinte aux droits du patient et d'essayer d'avoir le consentement le plus élevé envisageable. Dans le milieu de la psychiatrie, le recours à la contrainte constitue dans tous les cas un acte d'exception, cependant c'est dans ce milieu où la contrainte se voit le plus souvent utilisée. « Cela résulte d'un postulat selon lequel certains patients ont perdu leur autonomie et donc leur capacité à décider de manière cohérente et efficace, mais aussi que la société se doit de protéger les plus vulnérables de ses membres. » (Pascal & Hanon, 2014, p. 25). Dans les pathologies psychiatriques il y a un paradoxe supplémentaire car c'est la maladie elle-même qui prive le sujet de sa capacité de penser et d'agir librement. L'enjeu thérapeutique vise alors précisément à l'aider à retrouver sa liberté ce qui amène à s'interroger sur les pratiques qui conduiraient à l'en priver de surcroît (Rey-Bellet et al., 2010, p. 90).

² Voir annexe 1 : définition des composantes éthiques intervenant dans les soins sous contrainte, selon l'ASSM.

Un traitement sous contrainte comprend toutes les mesures médicales appliquées sous la contrainte dans le but de préserver et de recouvrir la santé (ASSM, 2015, p. 9). D'un point de vue juridique, cela est étroitement lié à la capacité de discernement du patient qui est toujours présumée, car le traitement forcé d'une personne capable de discernement est inadmissible. D'un point de vue médical, la capacité de discernement dépend des perturbations psychiques liées à la maladie à un moment donné (Rey-Bellet et al., 2010, p. 94). De ce fait, lorsque l'impossibilité de consentir à une intervention thérapeutique est avérée, il est éthiquement et légalement nécessaire d'intervenir auprès de la personne pour la protéger contre des « mouvements destructeurs inhérents à sa psychopathologie » (Rey-Bellet et al., 2010, p. 90) par le devoir de porter assistance à une personne en danger (*Art. 128 du Code pénal suisse du 1^{er} Janvier 2016* (CP ; RS 311.0)). La révision du Code civil suisse au 1^{er} Janvier 2013 a également changé les conditions d'application de la contrainte. Les critères cumulatifs de danger et d'urgence y sont remplacés par le besoin de soin chez le patient incapable de discernement (Thomazic, Best & Giannakopoulos, 2014, p. 1697). Ce dernier n'empêche pas que le rôle assigné à la psychiatrie doit faire coexister à la fois les soins aux malades, qui renvoient aux libertés individuelles, et la protection face au danger pour autrui, qui relève de la mission de l'Etat à garantir la sécurité des citoyens (Rey-Bellet et al., 2010, pp. 93-94).

1.1.4.4. Conditions d'application des mesures de contrainte

Il existe des situations où la mesure de contrainte peut s'avérer incontournable. Et en vertu de la loi sur la santé, elle n'est cependant autorisée que dans des cas bien précis. Par exemple, lorsque d'autres mesures, moins restrictives quant à la liberté personnelle, ont échoué ou n'existent pas, ou quand la conduite du patient provoque un grave danger mettant en péril sa vie ou son intégrité corporelle et celle des autres (Art. 50 de la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 (LS ; RSG K 103). Les mesures doivent dans tous les cas correspondre à la situation concrète et précise de la personne concernée à un moment donné et faire suite à une évaluation des bénéfices et des risques (ASSM, 2015, p. 22).

La mesure de contrainte doit avoir lieu sur la base d'une prescription médicale et tout au long de son application un soignant nommé référent doit en réévaluer le bien-fondé. Il doit scrupuleusement remplir la documentation associée concernant le type de mesure utilisé dans le dossier du patient et lui assurer les soins spécifiques à ces pratiques, tels que la surveillance de son état psychique, de ses paramètres vitaux et de la fonction de contenance psychique (Art. 51 LS). Il lui faut également assurer un

soutien relationnel intensif selon l'état clinique du patient. Le débriefing concernant la mesure de contrainte fait partie de la suite à donner aux soins et englobe la discussion au sein de l'équipe et avec la personne concernée (ASSM, 2015, p. 23). Finalement, le personnel soignant doit être qualifié et a l'obligation d'informer le patient ou son représentant légal de toute mise en place de mesures de contrainte. Ces derniers peuvent à tout moment demander l'arrêt ou l'interdiction de ces pratiques en s'adressant au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant. Lorsqu'on parle de contrainte en psychiatrie, toutes les conditions nécessaires à son instauration doivent être remplies, au niveau de la durée, de la raison de sa mise en place et du choix de la méthode la plus adaptée et la moins contraignante dans la situation donnée (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2014, pp. 5-6).

Il est fondamental de prendre conscience que toute utilisation de contrainte présente un « danger » car elle a le potentiel de porter atteinte aux libertés individuelles et d'avoir un impact négatif sur le vécu des soins par les patients. Il en va de même du vécu des soignants qui se voient obligés de mettre en place de telles méthodes.

1.1.5. Importance du soin relationnel en psychiatrie

En considérant tous les risques susmentionnés de la contrainte et de leurs effets négatifs pour les patients et pour les soignants ainsi que l'impact sur la relation thérapeutique, les institutions de soins visent à diminuer considérablement cette pratique, voir à l'abolir. Toutefois, il subsiste un manque d'études et de directives basées sur ces dernières concernant des méthodes alternatives qui en permettraient l'évitement (Kontio et al., 2012, p. 66).

En psychiatrie, la relation représente la base du soin. Elle débute toujours par une rencontre. Le soignant doit alors être attentif aux signes externes du patient et à la souffrance qu'il peut exprimer car ils représentent ce qu'il ressent et n'arrive pas à mettre en mots (Morasz, Perrin-Niquet, Barbot & Morasz, 2012, p. 89). L'infirmière³ ne fait pas qu'accueillir ce malaise, elle exerce une fonction de pare-excitation (Morasz et al., 2012, p. 89). Cette dernière réside dans l'établissement d'un « [...] filtre protecteur entre le patient et ses pulsions, suffisamment solide pour éviter leur acting direct, et assez souple pour laisser une place à leur évocation et à leur compréhension. » (Morasz et al., 2012, p. 89). Ceci engendre donc une forte implication de l'infirmière qui doit être attentive aux notions de transfert et contre-transfert. Grâce à ces dernières, l'infirmière obtient davantage d'informations sur la problématique du patient car ces

³ Lire également au masculin.

mouvements transférentiels informent sur la répétition et la réactivation des désirs et des conflits du patient (Morasz et al., 2012, p. 90). Le transfert est « [...] le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent dans le cadre de la relation analytique. Quant au contre-transfert, il « [...] recouvre les réactions inconscientes de l'analyste envers la personne et le transfert de l'analysant. » (Morasz et al., 2012, p. 90). Le soignant ressent ces mouvements inconscients à l'égard du patient et de son transfert et représente la réaction psychique subjective du professionnel face à une personne soignée (Morasz et al., 2012, p. 90). Il est important de préciser que le transfert et le contre-transfert sont des processus normaux. Le contre-transfert de l'infirmière est un signal qui est issu du mouvement transférentiel du patient dont il ne faut pas oublier l'existence (Morasz et al., 2012, p. 92). La notion de distanciation prend alors tout son sens afin que le soignant se rende compte de l'existence de ces processus.

Il faut également prendre en compte l'attente du patient qui peut par l'acting chercher à être contenu par l'enveloppe contenant des soignants (Lanquetin, 2002, pp. 20-21). L'acting étant l'expression d'une souffrance, cette dernière représente un appel au lien. L'infirmière doit alors incarner le soin et se laisser accéder par cette souffrance, ce qui demande un certain degré d'identification au patient et d'empathie. Elle doit aussi avoir la capacité de contenir la souffrance des patients qui ne peuvent pas la gérer seuls. Cette relation de soin nécessite ainsi une formation, de la réflexion, du temps et de la collaboration et provoque chez chaque infirmière des ressentis particuliers qui lui sont propres (Morasz, 2002, p. 185).

Il ne s'agit pas d'inculquer au patient de nouvelles compétences, ni de le rééduquer en fonction des normes arbitraires, mais de l'aider, par le biais de la relation, à retrouver ses capacités et à s'équilibrer dans le cadre de sa personnalité afin de l'aider à faire face à sa maladie (Morasz, 2002, p. 185).

La contenance renvoie donc à « une enveloppe, à des contours délimités, tant psychiques que corporels, avec pour but de constituer l'identité, l'équilibre, la régulation, l'organisation. » (Milleur, 2014, p. 12). Le soignant doit dès lors tout mettre en œuvre pour que la contenance devienne organisatrice pour le patient en particulier. Elle représente un pilier de la relation de soin en psychiatrie et nous amène à « [...] accueillir, recueillir les émotions et les affects inorganisés ressentis par les patients, les verbaliser, et leur donner du sens pour les leur restituer sous une forme assimilable. » (Morasz et al., 2012, p. 94).

Pour y parvenir, la parole est un outil fondamental car elle permet la réassurance, le réconfort, l'apaisement, la catharsis, la distanciation et encore l'élaboration de la mise en sens des événements et ressentis (Morasz et al., 2012, pp. 94-95). Dans la relation, l'infirmière intègre et assimile psychiquement ce que montre la

personne soignée du conflit interne qu'elle vit et le restitue ensuite sous une forme plus assimilable (Morasz et al., 2012, p. 96). Le soignant a recourt à une certaine identification au patient et à sa souffrance ce qui requiert l'utilisation de ses propres repères internes et lui fait parfois vivre des choses qu'il aurait préférées garder enfouies. Cette sollicitation de l'intime de l'infirmière, de son propre appareil psychique et la potentielle souffrance personnelle de cette dernière représente toute la difficulté que peut causer le lien (Morasz et al., 2012, p. 98). La finalité de la relation contenante est que le patient parvienne à contenir lui-même ses émotions dans son propre espace psychique et éviter l'éclosion symptomatique (Morasz et al., 2012, p. 96).

Cependant, le pulsionnel peut parfois rester à l'état brut et mettre en échec les tentatives du soignant de mise en dérivation. Il essaie alors de corriger l'excès de réactivité en posant une limite par une action coercitive passagère qui vise à maîtriser physiquement l'agitation. Le but des soignants est d'éviter d'être « débordés par l'expression violente du patient agité (ou ressenti comme tel) et contaminés par son effet désorganisateur » (Lanquetin, 2002, p. 22). Face à la violence, le soignant peut donc réagir de plusieurs manières, mais il lui faut dans tous les cas trouver un moyen de protéger et d'éviter la rupture du lien de confiance, qui est le fondement de la relation de soin. Dans cette confrontation au patient, il doit trouver le moyen de s'engager pleinement sans pour autant basculer dans la violence par mimétisme car la « violence potentialise la violence » (Davous et al., 2014, p. 98).

1.2. Cadre théorique

Comme la relation entre soignant et soigné est la base du soin en psychiatrie, elle ne peut être exclue d'une étude traitant de la violence dans ce milieu. L'objet de la présente recherche consiste alors à déterminer quels dysfonctionnements dans la relation de soin ont mené à l'acte violent. Il devient ainsi concevable d'impacter sur la violence en agissant sur la relation interpersonnelle. L'hypothèse serait donc que l'investissement du soin relationnel comme alternative au soin par la contrainte aurait une incidence positive sur la violence dans les soins en psychiatrie.

1.2.1. Ancrage disciplinaire

C'est alors que la théorie des relations interpersonnelles d'Hildegard E. Peplau prend toute son importance. Cette théoricienne, qui est considérée comme la mère des soins infirmiers en psychiatrie, s'est intéressée aux relations entre les soignants et la personne soignée (Allgood & Tomey, 2010, traduction libre, p. 54).

La théorie d'Hildegard E. Peplau sur les relations interpersonnelles en soins infirmiers a été énoncée en 1952. Pour la développer, H. Peplau s'est particulièrement inspirée des modèles d'interventions thérapeutiques axés sur les liens interpersonnels d'un psychiatre et psychanalyste américain, le docteur Stack Sullivan. Son angle d'approche est la relation aux patients. Selon Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), la théorie de H. Peplau se situe dans les théories intermédiaires (p. 390), c'est-à-dire qu'elle est touchée par des phénomènes moins abstraits. Une particularité de la théorie de H. Peplau est qu'elle est pré-paradigmatique. En effet, elle facilite la compréhension de comportements des personnes soignées, est concrète et facilement applicable. De plus, elle ne définit pas les quatre métaconcepts de manière stricte. La définition de l'environnement y est très sommaire et peu abordée. Il existe six écoles de pensées qui expliquent les différentes orientations qui ont alimenté les recherches conceptuelles des théoriciennes. Ainsi, la théorie d'H. Peplau s'inscrit dans l'école de l'interaction. L'échange entre l'infirmière et le patient devient alors moteur du soin et la maladie est considérée comme une expérience humaine qui peut permettre l'évolution vers une meilleure santé. La théorie de H. Peplau se prête bien à notre problématique car elle recherche ce qui se joue dans la relation en terme de distance, de communication et de partenariat soignant-soigné. Elle prône l'autonomisation du patient et le rôle propre de l'infirmière dans la relation, où la nature du lien et des rapports humains devient synonyme du soin.

La théorie d'H. Peplau distingue trois phases dans sa méthodologie pratique pendant lesquelles l'infirmière construit la relation avec la personne soignée : la phase d'orientation, la phase de travail et la phase de terminaison. Ces étapes sont inter-reliées, se chevauchent et sont incontournables dans toute relation complète en soins infirmiers.

Dans la phase *d'orientation*, l'infirmière se présente, crée un lien avec le patient et le découvre. Il s'agit de la rencontre et, si possible, de l'instauration d'un climat de confiance. La seconde phase est celle du *travail* et comporte deux sous-phases, dont *l'identification*. Le patient choisit alors les personnes qui sont à même de l'aider et entre en relation avec l'infirmière (il existe trois façons pour lui d'entrer en relation : Participation ou relation interdépendante, indépendance ou isolement avec l'infirmière, sentiment d'incapacité et de dépendance vis-à-vis de l'infirmière). La deuxième sous-phase qui est celle de *l'exploitation* est la plus conséquente et permet au patient de donner un sens à ce qu'il vit. La phase de *terminaison* représente la fin de la relation entre l'infirmière et le patient (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p. 385).

Lors de ces différentes phases, on distingue chaque fois quatre mêmes éléments auxquels l'infirmière a recours : l'observation, la communication, l'enregistrement (recording) et l'analyse de données.

L'*observation* se déroule lors de la première prise de contact avec le patient et correspond à l'entrée en relation. L'infirmière est très attentive à la personne, elle observe son discours, son comportement verbal et non verbal, c'est-à-dire son corps et sa gestuelle. Il y a dans cette phase l'observation de l'autre mais également l'observation de soi, puisque la relation se joue entre deux personnes, elles se voient toutes deux influencées dans ce rapport. C'est à ce moment que l'infirmière peut déceler chez l'autre une certaine agressivité et des comportements inadéquats qui pourraient culminer dans un acte de violence. Il lui faut donc développer et affiner son observation afin de reconnaître un éventuel risque de comportement auto ou hétéro-agressif.

Par la *communication*, l'infirmière en relation avec la personne soignée va chercher à comprendre le sens que donne le patient à ce qu'il vit. Elle s'applique à poser des questions pour développer les pensées du patient et l'inviter à exprimer ces dernières ainsi que ses émotions, son ressenti, ses désirs, etc., tout en tenant compte des différentes réalités. La communication vise la clarification des événements et la compréhension commune des idées et du sens des mots afin d'inscrire la relation dans un principe de continuité. Par la discussion, l'infirmière peut tenter de comprendre les raisons de l'agitation de la personne soignée et l'inclure dans la recherche de solutions pour revenir au calme.

Lors de l'observation et de la communication, l'infirmière « *enregistre* » et garde en mémoire ce que dit et fait le patient afin de saisir le plus exactement possible ce qui se passe dans leur relation. En effet, en faisant la retranscription des mots exacts du patient, l'infirmière comprend mieux la signification des sentiments, des pensées et des représentations du patient. Dans le cas de notre problématique, la mise en pratique de ces étapes permet au soignant de se centrer sur les besoins du patient et sur le ressenti de ce dernier.

Finalement l'infirmière procède à l'*analyse de données*, qui est centrée sur les hypothèses qui se dégagent des premières impressions et tout au long de la prise en charge. Cette analyse s'intéresse également aux liens entre la personne soignée et sa famille, son environnement social et l'infirmière (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, pp. 390-391).

Enfin, la théorie sur les relations interpersonnelles qui est une approche humaniste des soins enrichit la problématique en explorant le vécu de l'infirmière dans

la relation et plus particulièrement celui face au comportement violent d'un patient et l'utilisation subséquente de formes de contrainte.

En utilisant cette théorie des soins dans la pratique, l'infirmière « joue » plusieurs rôles dans la relation dont l'investit la personne soignée :

- Le rôle de *personne ressource* dans lequel elle possède et est capable de donner des informations clés concernant la santé de la personne soignée. Elle transmet ses connaissances et répond aux questions du patient.
- Le rôle de *conseillère ou d'assistance psychosociale* auprès du patient qui mise sur l'écoute et la compréhension de la situation unique de celui-ci. Elle encourage le patient à retrouver une conscience de soi et à savoir ce dont il a besoin pour retrouver un meilleur état de santé.
- Le rôle de *substitut maternel, paternel ou fraternel* qui permet au patient de voir inconsciemment l'infirmière dans un rôle qu'il attribue à d'autres personnes importantes. L'infirmière lui rappelle des souvenirs d'anciennes relations. Elle doit être attentive à ce dont l'investit le patient et le mener à faire la différence entre elle et la personne dont elle a pris la place.
- Le rôle d'*expert technique* qui connaît les outils dont dispose l'institution et qui peut en faire bon usage et les manipuler afin d'obtenir un maximum d'informations sur la santé du patient.

Lorsque l'infirmière crée une relation interpersonnelle elle va exercer plusieurs ou même tous ces rôles auprès du patient à différents moments de la relation. Le but est alors de promouvoir les expériences au sein de la relation qui mèneront à une meilleure santé. En se basant sur la théorie de H. Peplau, le soignant doit prendre conscience de son comportement dans la relation interpersonnelle et comment celui-ci peut l'influencer. Puis l'infirmière va surtout mettre l'accent sur l'observation du comportement de l'autre afin de pouvoir anticiper le risque d'apparition d'un comportement violent.

1.2.2. Métaconcepts

Toute théorie s'inscrit dans un paradigme qui influence le modèle conceptuel. Celle d'H. Peplau a sa place dans la philosophie de l'interaction réciproque selon Fawcett & DeSanto-Madeya,. En effet, la personne est vue de manière holistique, c'est-à-dire comme un être biologique, psychique, social et spirituel. Il forme un tout indivisible où l'environnement est externe à la personne.

1.2.2.1. La personne

H. Peplau considère l'être humain comme un patient qui mérite tout de la considération humaine : respect, dignité, intimité, confidentialité et attention éthique (Peplau, 1992, p. 14, citée par Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p. 384). La personne est un être bio-psycho-socio-spirituel en développement constant qui présente des besoins et qui a la capacité de transformer son anxiété en énergie positive lui permettant de répondre à ses besoins. De plus, une personne chemine dans sa manière d'être en fonction de ce qui se joue dans la relation.

1.2.2.2. Le soin

Le métaconcept du soin est conçu par H. Peplau comme un processus thérapeutique interpersonnel entre l'infirmière et la personne soignée. Il s'agit d'actions de soin qui sont bénéfiques pour l'être humain. L'infirmière informe le patient et l'assiste dans la résolution de ses problèmes qui interfèrent avec sa vie personnelle et en communauté, constructive, créative et productive. Les soins infirmiers sont un instrument éducatif. Ils fonctionnent en coopération avec d'autres processus humains qui rendent la santé de l'individu possible en communauté. Dans des situations spécifiques dans lesquelles une équipe professionnelle de la santé offre des services, les infirmières participent à l'organisation des conditions qui facilitent les tendances naturelles en cours dans les organismes humains. (Peplau, 1952, p. 16, citée par Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p. 384).

1.2.2.3. La santé

H. Peplau explique le métaconcept de la santé comme celui qui permet de vivre de manière créative, constructive et productive au niveau personnel et en communauté (Peplau, 1952, p. 12, citée par Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p. 384). C'est un mouvement de la personnalité qui ne se développe que dans l'interaction avec les autres. La santé ne se traduit donc pas forcément par l'absence de maladie.

1.2.2.4. L'environnement

Quant au métaconcept de l'environnement, H. Peplau le considère comme un élément qui est surtout rattaché à la culture de la personne (Peplau, 1952, p. 163, citée par Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p. 384). En effet, celle-ci détermine sa personnalité et l'infirmière doit parfois obtenir des informations y relatives afin de mieux comprendre son patient.

Selon Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), il existe plusieurs assumptions (p. 383). Le premier postulat est philosophique et concerne l'être humain et ses comportements. H. Peplau énonce que l'être humain agit en fonction du sens qu'il donne aux événements ou, en d'autres termes, de l'interprétation qu'il donne au climat qui se dégage des relations. Les comportements et réactions sont donc subjectifs. Un second postulat concerne les relations interpersonnelles. Ainsi, selon H. Peplau, il y a toujours une interaction entre les attentes et les perceptions du patient et le comportement actuel des autres personnes dans les relations interpersonnelles. Un troisième postulat philosophique traite de l'infirmière et de sa relation avec le patient. Cette dernière dépend du style de l'infirmière qui lui-même s'appuie sur des concepts théoriques, sur des connaissances et compétences professionnelles et personnelles (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p 383). Même si toutes s'inspirent de la même théorie, il existe beaucoup de styles d'infirmières différents car ils dépendent tous de leur personnalité. Les infirmières sont des objets thérapeutiques et leur diversité de styles représente une richesse importante.

1.2.3. Méthodologie de la pratique

L'application de la théorie de soin sur les relations interpersonnelles engendre l'utilisation de la relation comme processus de soin. Son but est d'agir à différents moments de la relation pour diminuer les comportements potentiellement violents des patients. Il est dès lors possible d'envisager des stratégies de soin visant à diminuer la violence et servir de substitut à la réponse actuelle principale que représente la contrainte.

1.3. Formulation de la question de recherche

Au regard du contexte mondial, de la violence croissante dans le milieu du travail et des soins et du taux élevé de violences engendrées à l'encontre des soignants par les patients, surtout dans le milieu de la psychiatrie, la problématique reviendrait d'une part à trouver des stratégies pour diminuer cette violence. D'autre part, la réponse principale à la violence est l'utilisation de la contrainte dans un but sécuritaire, pour protéger les autres patients et les soignants. Il est néanmoins largement reconnu que les mesures de contrainte (que ce soit l'isolement, la contention physique ou d'autres formes de contrainte) engendrent des atteintes à la liberté personnelle. Elles soulèvent bon nombre de questionnements éthiques et

moraux. Il serait alors intéressant d'en évaluer la validité et l'efficacité dans la pratique ainsi que les alternatives envisageables. En outre, il serait indispensable d'explorer le vécu des infirmières dans l'application de ces mesures, confrontant valeurs éthiques et volonté de créer une relation thérapeutique. Finalement, le milieu de la santé mentale est empreint de notions fortes de *caring*⁴ et les problématiques de contrôle, de pose de limites et de contrainte représentent un enjeu de taille.

Il est dès lors question de développer et de maintenir une relation thérapeutique dans un contexte où le soin peut être vécu comme négatif par les patients et les soignants. Il apparaît que cette relation doit être négociée différemment et que les attitudes et comportements des soignants auraient le potentiel de changer la perception du soin par la contrainte. L'objectif ultime est de trouver des alternatives à son utilisation.

Ce serait alors en agissant sur la relation interpersonnelle, dont le but est de satisfaire les besoins des patients (besoins immédiats puis plus matures) qui lui permettent de diminuer les tensions, l'anxiété et la frustration, qu'on pourrait empêcher ou remédier à la survenue de comportements violents. L'infirmière permettrait alors d'aider à satisfaire ces besoins, d'examiner les ressentis et d'identifier les tensions des patients (qui doivent par ailleurs se sentir en sécurité pour pouvoir entrer en relation). On peut ainsi aborder le thème de la violence en psychiatrie (qui résulterait d'un besoin inassouvi ou non reconnu) traitée par des mesures de contrainte, par l'exploration d'alternatives à ces dernières dans le but de soigner par des pratiques moins controversées et approuvées.

Ainsi, face à cette problématique et durant nos recherches, nous avons formulé plusieurs questions de départ :

- Les mesures de contrainte sont-elles une réponse adéquate à la violence des patients en psychiatrie ?
- Quelles alternatives aux mesures de contrainte existe-t-il ?
- L'utilisation systématique de mesures de contrainte empêche-t-elle d'élaborer d'autres méthodes faisant face à la violence ?
- Les mesures de contrainte ont-elles un effet inverse à celui souhaité et potentialisent-elles la violence ?
- Comment est vécue l'utilisation de mesures de contrainte par les patients ? Et par les soignants ?

⁴ « Le caring promeut des soins infirmiers solidement ancrés dans les sciences et l'art d'une pratique professionnelle visant la préservation de la dignité humaine, la promotion de la santé et la guérison dans une harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit. » (Krol & Legault, 2008, p. 35).

- Quelles sont les contre-attitudes retrouvées chez les soignants ? Quels impacts ont ces dernières sur la relation thérapeutique ?

Ce sont toutes ces différentes interrogations, survenues au fil des lectures de la littérature scientifique sur le sujet, qui ont permis de se questionner sur la problématique de la violence dans les soins et sur la réponse à y donner. Ces questionnements initiaux ont été un moteur pour cerner ce sujet et pour en extraire une question de recherche mettant en évidence un enjeu pour la pratique infirmière. Cette question de recherche peut donc être formulée ainsi :

La relation interpersonnelle entre l'infirmière et le patient peut-elle être une alternative thérapeutique aux mesures de contrainte dans les situations de violence en psychiatrie hospitalière ?

L'hypothèse serait donc que l'investissement du soin relationnel comme alternative possible au soin par la contrainte aurait une incidence positive sur la violence dans les soins en psychiatrie, le sentiment de sécurité et le recours à ces méthodes. L'objectif est également d'énoncer d'autres solutions de remplacement concevables tirées de la lecture et de l'analyse d'articles scientifiques afin de proposer des recommandations possibles pour la pratique infirmière et d'assurer des soins basées sur L'EBN⁵.

⁵ L'EBN est l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient (Ingersoll, 2000, traduction libre).

2.METHODE

Le présent travail est une revue de la littérature qui a permis de collecter et d'analyser certains articles de recherche disponibles sur le sujet. Son but est d'examiner les informations recensées concernant l'impact de la violence des patients sur la relation thérapeutique et de dégager des recommandations pour améliorer le maintien de la relation thérapeutique dans des situations où la violence surgit dans les soins. Notamment lorsque l'infirmière est amenée à utiliser des mesures de contrainte.

2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Le PICO (Population, Intervention, Comparaison, Outcome) a été établi en français dans un premier temps, puis les termes ont été traduits en utilisant la base de donnée CISMef, afin de les rechercher en anglais. Les résultats ainsi obtenus ont permis de faire des recherches sur les différentes bases, initialement essentiellement sur PubMed. La recherche sur PubMed a permis de trouver bon nombre d'articles qui semblaient au premier abord intéressants par leur titre et leurs résumés, mais qui avaient l'inconvénient de ne pas être proposés sous forme de textes complets, ce filtre n'a donc pas été utilisé pour la recherche sur PubMed. Ce qui a rapidement transparu, c'est que cette base de données n'offrait que la possibilité de faire des recherches avec des termes bien précis et restreints. Elle a néanmoins permis de retenir deux articles sur la base de deux équations de recherche détaillées ci-dessous. La recherche a ensuite été élargie aux autres bases de données CINHAL Complete, PsycINFO et Cochrane Library. Ce sont des bases de données permettant de trouver des articles et des études dans le domaine des sciences infirmières. La particularité de CINHAL Complete a été de permettre de trouver bon nombre d'articles en texte complet. Toutes les recherches subséquemment retenues ont donc été effectuées sur CINHAL Complete. En effet, cette base de données permet l'utilisation de termes variés et la combinaison d'une grande quantité de synonymes amenant à des résultats d'articles plus pertinents pour la réponse à la question de recherche. Finalement, les listes de références des articles sélectionnés ont été revues afin d'y trouver ceux potentiellement intéressants mais que les recherches sur les bases de données n'auraient pas fait ressortir.

Le PICO a été formulé comme suit : L'utilisation de la relation interpersonnelle comme alternative (C) aux mesures de contrainte (I) permet-elle de diminuer la violence (O) des patients dans le milieu de la psychiatrie hospitalière (P) ?

Tableau 1. Concepts et MeSh Terms utilisés sur les bases de données PubMed et CINAHL

PICO	Termes en français	MeSH Terms sur PubMed	Termes retenus de la recherche CINAHL
Population	Hôpital psychiatrique Patients	Psychiatric hospital Patients	Psychiatric Patients Psychiatric Hospitals Psychiatric Nursing
Intervention	Contrainte (OU) Coercition Isolement Contention physique	Restraint (OR) Coercion Immobilization Isolation Physical restraint	Seclusion Restraints
Comparaison	Relation (ET) thérapeutique Méthode (ET) alternative	Relationship (AND) therapeutic Alternative therapies Health alliance	Therapeutic relationship Nursing role Nurse attitudes Nursing care Alternatives
Outcome	Violence Comportement de violence Agressivité	Violence Behaviour, assaultive Aggression	Violence Patient Violence

La recherche d'articles a été effectuée entre novembre 2015 et avril 2016. Elle a débuté par l'utilisation de chaque MeSH Term de manière séparée, ce qui a révélé un nombre important de résultats d'articles, mais surtout d'articles peu pertinents pour la thématique en question. Plusieurs termes ont alors été combinés afin de créer des équations de recherche en liant des concepts ensemble (AND), qui ont mené aux articles finalement sélectionnés. Puis, des filtres ont été ajoutés pour réduire le nombre de réponses selon les critères d'inclusion pour ce travail. Les filtres suivants ont été implémentés dans toutes les recherches:

- Date de publication (2006 ou plus récent)
- Langue (anglaise ou française)
- Textes complets

Par la suite le tri des articles a été fait:

- Premier tri : La lecture des titres des articles a permis de savoir s'ils comportaient des mots clés correspondant à la problématique.
- Second tri : Il a été fait en fonction de l'abstract, afin de comprendre le contexte de l'étude et la portée de l'article.
- Troisième tri : Les articles sélectionnés à la fin du second tri ont été lus dans leur intégralité et une fiche de lecture a été constituée pour chacun d'entre eux. Les éléments permettant de soutenir la question de recherche et les articles étayant la problématique ont alors été retenus.

2.1.1. Équations de recherche sur CINHAL

Suite à plusieurs essais de combinaisons, des équations à 3 termes ont été constituées et retenues. Ces équations ont permis de réduire le nombre d'articles pouvant finalement être pertinents pour la réponse à la question de recherche.

Tableau 2. Equations de recherche retenues pour PubMed

Equation	Termes PubMed	Résultats	Nombre d'articles retenus	Explication « thèmes recherchés »
No1'	((psychiatric nursing[MeSH Terms]) AND physical restraints[MeSH Terms]) AND violence[MeSH Terms]	23	1	Cette équation a permis d'explorer l'utilisation de la contrainte face à la violence dans les soins infirmiers en psychiatrie.
No2'	((aggression[MeSH Terms]) AND care, nursing[MeSH Terms]) AND coercion[MeSH Terms]	6	1	Cette équation avait pour but de mettre en évidence le lien entre l'agression et les mesures de contrainte et leur influence sur la relation lors de soins infirmiers

Tableau 3. Equations de recherche retenues pour CINHAL

Equation	Termes CINHAL	Résultats	Nombre d'articles retenus	Explication « thèmes recherchés »
No1	Psychiatric Patients (AND) Patient violence (AND) Nursing role	25	1	La première équation a permis de découvrir la thématique de la violence des patients en psychiatrie, tout en faisant le lien avec le rôle infirmier et le vécu face à la violence.
No2	Psychiatric Patients (AND) Restraints (AND) Nurse attitudes	20	2	Cette équation a permis d'explorer l'utilisation de la contention et de l'isolement (contrainte au sens plus large) chez les patients en psychiatrie.
No3	Psychiatric Patients (AND) Restraints (AND) Alternatives	17	1	Cette équation a permis de rechercher des alternatives à l'utilisation des méthodes de contrainte.
No4	Psychiatric Nursing (AND) Therapeutic relationship (AND) Nursing care	62	2	Cette équation avait pour but de constater le lien entre les rôles infirmiers, le soin infirmier en psychiatrie et l'importance de la relation thérapeutique.

2.1.2. Types de recherche retenus

Les filtres susmentionnés ont immédiatement été utilisés après l'élaboration de chaque équation afin de concentrer le nombre d'articles obtenus sur des articles remplissant effectivement les critères qui permettaient de les inclure dans ce travail par la suite. Ces recherches ont produit 153 articles pour lesquels un premier et un second tri ont été effectués. Puis, les 35 articles subsistants ont été lus et analysés à la lumière des critères d'inclusion et d'exclusion pour permettre la sélection de 8 articles pour l'analyse finale.

Tableau 4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
La disponibilité de l'article en texte complet La population cible correspondante La structure de l'article (article de recherche scientifique) Le contexte	Raison A : Population et/ou sujet non correspondant (N=6) Raison B : Doublet d'articles (N=9) Raison C : Contexte socio-démographique trop divergent de la situation Suisse (N=6) Raison D : Similitude trop importante avec d'autres articles retenus (N=6)

2.1.3. Qualité des revues

Le sujet de la violence en milieu de psychiatrie est peu étudié et reste, semble-t-il, un sujet tabou et stigmatisé. Ceci peut expliquer la raison pour laquelle peu de documentation EBN semble exister à ce sujet. Les articles retenus pour ce travail proviennent de 5 revues distinctes. Chacune de ces revues est spécialisée et possède un niveau de visibilité nommé *impact factor* (IF) qui est plus ou moins élevé. Il s'agit du nombre moyen de citations de chaque article publié par la revue en question et correspond à un outil de mesure de la pertinence des revues scientifiques (Horde, 2014). Plus le chiffre est élevé plus la revue est importante car visible et basée sur des articles scientifiques. L'*impact factor* représente ainsi un indicateur important ayant une influence dans le domaine de la publication scientifique. Voici la liste des revues desquelles sont issues les études en question ainsi que leur *impact factor* respectif de 2014/2015 :

- Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (IF : 0,844)
- Perspectives in Psychiatric Care (IF : 0,651)
- International Journal of Mental Health Nursing (IF : 1,950)
- Nursing Ethics (IF : 1,247)
- BMC Nursing (IF : 0,00)
- Issues in mental Health Nursing (IF : 0.00)

2.1.4. Répartition géographique des études retenues

Cinq pays sont représentés dans les études retenues : la Finlande, les États-Unis, l'Australie, le Canada et Israël. Aucune n'a donc été conduite directement en Suisse. Cela ne représente cependant pas une limite importante pour ce travail car les pays concernés ont des contextes sociodémographiques et socio-sanitaires similaires à ceux de la Suisse. En effet, il s'agit de pays développés et la Finlande fait partie de l'Union Européenne. Les résultats de ces études sont ainsi indicatifs pour un contexte Suisse.

2.2. Diagramme de flux

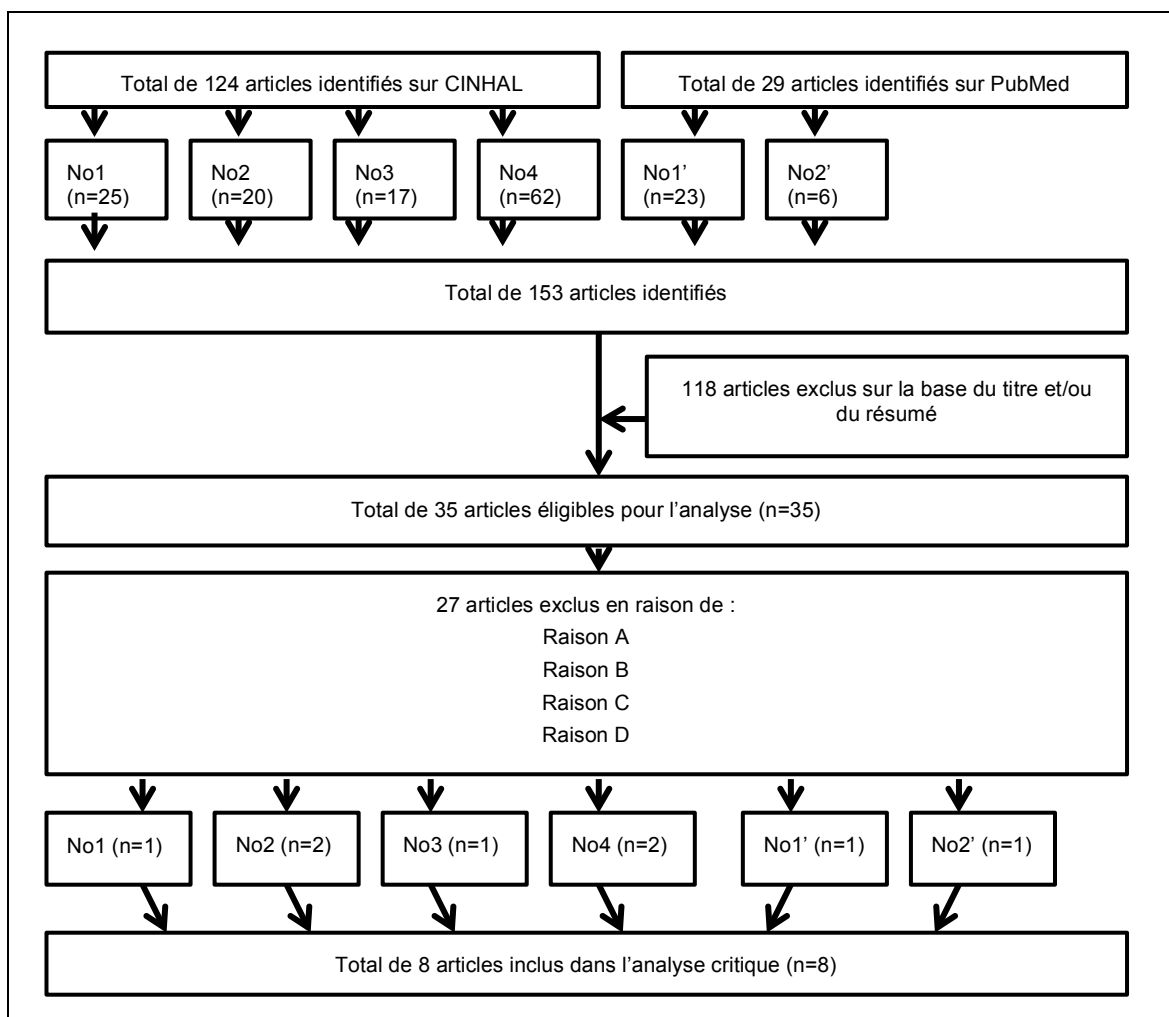


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

3.RESULTATS

Les résultats présentés ci-dessous mettent en évidence les différentes idées et conclusions amenées par les articles de recherche. Ceux-ci sont également individuellement analysés sous forme de tableau récapitulatif afin d'éclairer leurs apports particuliers.

3.1. Analyse critique des articles retenus

Tout d'abord, la majorité des articles analysés ici prennent en compte les mesures d'isolement et de contention de manière conjointe ; seuls certains articles parlent plus précisément de l'isolement. De plus, un certain nombre d'études montre que le vécu des patients de l'isolement et de la contention est très similaire et tous deux posent des questions morales, éthiques, légales et humaines. Le choix a donc été fait dans ce travail, de traiter de ces deux méthodes sous le terme de la contrainte au sens large et de ne pas distinguer les questionnements et réponses à amener à ces pratiques. Il est également notable que la fréquence de ces pratiques diffère d'un pays à l'autre avec une utilisation préférentielle de l'une ou de l'autre méthode. En Suisse, il n'existe pas de bases légales uniformes concernant les mesures de contrainte et leurs modalités varient en fonction des cantons et des usages en vigueur dans les établissements (Bardet Blochet, 2009, p. 5). Comparé à d'autres pays d'Europe ce seraient notamment les mesures d'isolement qui sont le plus couramment utilisées dans le milieu de la psychiatrie hospitalière (Lepping et al., 2009, p. 629).

3.1.1. *Qu'est-ce que la violence dans les soins en psychiatrie ?*

La population infirmière est la plus sujette aux comportements violents dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions (Stevenson, Jack, O'Mara & LeGris, 2015, p. 1). L'exposition à ces comportements sur le long terme peut avoir un impact négatif sur la santé des infirmières et sur les institutions de soin. Cela crée entre autres un environnement de travail qui peut être considéré comme hostile et qui peut avoir à son tour un impact sur la santé des soignants. Selon Stevenson et al., (2015), il existe un manque d'une définition claire de ce qui constitue la violence des patients et son impact sur l'expérience de soin des infirmières en psychiatrie (p. 2).

Il faut également signaler que la violence à l'encontre des soignants est répartie en deux grandes sous catégories : la violence verbale (insultes, menaces, intimidations, gestes et commentaires sexuels inappropriés, incidents de confrontation)

et la violence physique (être poursuivi, acculé, frappé, recevoir des coups de poing, être attrapé, recevoir un coup de pied, se faire cracher dessus ou étrangler ; l'utilisation d'une arme ou des moyens de l'environnement pour infliger de la violence) (Stevenson et al., 2015, pp. 4-5). Plusieurs études montrent que ces deux types de violence ne sont pas appréhendés de la même manière. En effet, la violence verbale n'est souvent pas prise en compte par les soignants à cause de sa fréquence et de son acceptation comme faisant partie du travail (Stevenson et al., 2015, p. 5). De ce fait, elle n'est que peu rapportée et ne fait souvent pas l'objet de rapports d'incidents (Stevenson et al., 2015, p. 6).

3.1.2. *La contrainte, un soin controversé face à la violence*

L'utilisation de la contrainte est très répandue dans le milieu de la psychiatrie hospitalière et se voit souvent utilisée pour répondre aux comportements violents et agressifs des patients (Gelkopf, Roffe, Werbloff & Bleich., 2009, p. 758 ; Kontio et al., 2012, p. 16 ; Moran et al., 2009, p. 599). En effet, les comportements auto ou hétéro agressifs sont la raison principale de son utilisation (Kontio et al., 2010, p. 66). On y a parfois également recours pour remédier à des comportements considérés comme difficiles, tels que l'agitation et la désorientation des patients (Kontio et al., 2012, p. 16).

Toutes les mesures de contrainte font l'objet d'un questionnement sur les droits individuels, les droits de l'Homme et le droit à l'autodétermination (Kontio et al., 2010, p. 65 ; Moran et al., 2009, p. 599). Elles font intervenir les notions de responsabilité éthique des soignants en psychiatrie. Les auteurs s'accordent également sur le fait que la contrainte ne devrait être utilisée qu'en dernier recours, notamment la contention qui ne peut être utilisée que lorsque toutes les autres mesures, moins restrictives, ont échoués (Moran et al., 2009, p. 601 ; Gelkopf et al., 2009, p. 758) et pour assurer la sécurité des autres patients et des soignants. Toutefois, cela n'empêche pas que la contrainte crée une dépendance vis-à-vis du soignant et est souvent considérée comme punitive par le patient (Gelkopf et al., 2009, p. 758).

De plus, il y a un manque de preuves quant à l'efficacité des mesures de contrainte dans la diminution des comportements violents ou agressifs. Certaines études démontrent des visions controversées de l'utilisation de la contrainte, voir même des effets délétères et traumatiques pour les patients (Kontio et al., 2010, p. 66 ; Moran et al., 2009, p. 599). L'utilisation de la contrainte est risquée et fait courir un risque potentiellement négatif aux patients et au personnel soignant (Kontio et al., 2012, p. 16). C'est pourquoi, il existe un consensus entre plusieurs pays sur la

nécessité de réduire les mesures de contrainte dans les soins en un premier temps, puis de viser leur élimination à long terme (Gelkopf et al., 2009, p. 758).

3.1.3. *La contrainte vue par le soignant*

Avant tout acte de contention et d'isolement, les infirmières suivent un processus décisionnel. C'est alors qu'un conflit éthique peut survenir. La notion de sécurité du patient et la probabilité de dommages sévères pour soi ou autrui est cruciale dans la prise de décision de l'application de mesures de contrainte (Kontio et al., 2010, p. 68). Les infirmières ressentent également un conflit de rôles entre la nécessité de prendre en soin les patients mais également de se protéger (Stevenson et al., 2015, p. 9). Lorsque la mesure de contrainte est mise en place, une surveillance accrue du patient et une évaluation minutieuse de sa situation sont mises en place. Ce temps investi auprès du patient contraint impacte sur le temps que le soignant peut passer avec les autres patients, soulevant de ce fait des questions d'équité (Kontio et al., 2010, p. 69).

Les infirmières éprouvent une détresse émotionnelle lorsqu'elles sont amenées à utiliser des interventions de contrainte. Elles tentent souvent de réprimer leurs émotions négatives (Moran et al., 2009, p. 601). Les nombreuses émotions identifiées suite à des épisodes de violence physiques sont la peur, le choc et la colère (Stevenson et al., 2015, p. 5). S'ensuit souvent un sentiment de culpabilité de n'avoir pas su prévenir l'utilisation de la contrainte (Kontio et al., 2010, p. 69 ; Moran et al., 2009, p. 601). À la suite de violences verbales, les infirmières expriment la plupart du temps une difficulté à maintenir une relation soignant-soigné avec l'auteur de la violence (Stevenson et al., 2015, p. 6).

Certains soignants constatent une diminution de leur confiance en eux quant à leur capacité de gestion de futurs épisodes violents et de leur capacité à remplir leur rôle professionnel (Stevenson et al., 2015, p. 6). Les infirmières rapportent également un changement dans leur comportement suite à des épisodes de violence. Notamment une distanciation par rapport à l'agresseur, des interactions moins centrées sur ce dernier mais plus orientées sur les interventions, l'utilisation de plus de traitements médicamenteux et d'autres contraintes afin de contenir la violence (Stevenson et al., 2015, p. 7). Les infirmières se sentent impuissantes face à la perte de contrôle et leur incapacité à prévenir et contrôler la violence des patients. Ceci affecte alors leur aptitude à prendre en soin des patients et de les aider à améliorer leur propre santé (Stevenson et al., 2015, p. 8).

Il en résulte fréquemment un impact sur leur vie personnelle. Face à la violence des patients, en plus des potentielles blessures physiques telles que des morsures, des contusions et des pertes de cheveux, les infirmières décrivent avoir des cauchemars, des maux de tête et avoir recours à la consommation d'alcool et de cigarettes pour y pallier. Certains soignants craignent également de rencontrer des patients lorsqu'ils sont dans la rue et développent ainsi une hyper-vigilance (Stevenson et al., 2015, p. 6).

Finalement, l'impact du diagnostic de la maladie psychique influence l'attitude des infirmières face à leurs comportements. Lorsque la violence est considérée comme découlant de la maladie psychique et comme étant non intentionnelle, elle est vécue comme légitime et acceptable. Les actes violents sont alors perçus comme étant une forme d'autodéfense plus que de la violence en soi (Stevenson et al., 2015, p. 5). En revanche, si cette dernière est intentionnelle et que le patient a le contrôle de lui-même, alors cela crée plus de colère, de frustration et moins de tolérance de la part des infirmières (Stevenson et al., 2015, p. 9). Leur vécu devient négatif.

3.1.4. La contrainte vue par le patient

Bien que certains patients reconnaissent un caractère positif aux mesures de contrainte par le sentiment de sécurité qu'elles peuvent induire, leur expérience est souvent vécue comme traumatisante, nuisible, punitive et violant leur autonomie (Kontio et al., 2010, p. 17 ; Kontio, 2012, p. 20). Cette vision très négative questionne les bénéfices thérapeutiques de telles interventions et la nécessité de trouver des alternatives.

L'étude de Kontio et al., (2012) soulève en particulier le fait que les patients n'estiment pas être considérés comme des partenaires de soin. Ils expriment ne pas recevoir suffisamment d'informations par rapport à leur situation avant la mise en place de mesures de contrainte ni connaître leur plan de soins (Kontio et al., 2012, p. 19). Ils ont envie de participer au processus décisionnel et de prendre activement part aux soins qui leur sont proposés (Kontio et al., 2012, p. 20). Ils souhaitent pouvoir travailler en partenariat avec les professionnels et être écoutés (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso & Crompton, 2015, p. 187). En outre, leur perte de pouvoir et de contrôle a été identifiée par les infirmières comme facteur contribuant à la violence (Stevenson et al., 2015, p. 8). Des sentiments de peur, de colère et de solitude (Kontio et al., 2012, p. 19.) s'y ajoutent et sont difficiles à gérer pour les patients (Wyder et al., 2015, p. 185).

Ce qui a également été relevé est le risque d'atteinte des droits et libertés individuelles lors des épisodes de contrainte. Le non respect des besoins de base tels

que pouvoir aller aux toilettes, se laver, manger ou boire en font partie (Kontio et al., 2012, p. 19). Ce non respect fait l'objet d'une critique évidente des chambres d'isolement et leur interdiction d'accès aux structures permettant de remplir les soins de base. Les patients expriment en outre un manque d'activités ayant du sens pour eux pendant les périodes de contrainte, comme la lecture, la télévision ou la musique (Kontio et al., 2012, p. 20).

Finalement, ils décrivent leur hospitalisation et les mesures de contrainte comme des expériences difficiles et souhaiteraient pouvoir en parler. L'impossibilité de revenir sur ces événements avec les soignants afin d'y mettre du sens est vécu comme particulièrement négatif (Kontio et al., 2012, p. 20). Les patients souhaitent être pris au sérieux dans leur vécu, leurs attentes et leurs demandes. Les attitudes et comportements des infirmières ont donc le potentiel d'empirer ou d'améliorer leur expérience (Wyder et al., 2015, p. 185).

3.1.5. Les alternatives et améliorations possibles

Les articles analysés permettent de proposer les alternatives suivantes: l'amélioration du plan de soins, l'augmentation du nombre de soignants par patient, la création d'équipes de réponse rapide en situation d'urgence psychiatrique, des interventions pharmacologiques (considérées par certains auteurs comme moins contraignantes), l'implication active des patients dans les événements de contrainte, la modification de l'environnement thérapeutique (Kontio et al., 2010, p. 71 ; Kontio et al., 2012, p. 17). Les caractéristiques des soignants que sont leur niveau d'éducation et leur genre ainsi que la composition de l'équipe et le degré d'expérience influencent la perception du but de la contrainte et donc de la réponse à apporter aux actes de violence ou d'agressivité (Gelkopf et al., 2009, p. 762). L'expertise des soignants dans l'identification précoce de prédicteurs de violences potentielles est également proposée comme méthode permettant de diminuer l'utilisation de la contrainte (Gelkopf et al., 2009, p. 761).

Lorsque la mise en place de mesures de contrainte est considérée comme inévitable, celles-ci doivent être appliquées dans le respect des lois et des valeurs des institutions. Les patients de l'étude de Kontio et al., (2012) ont également exprimé la nécessité d'avoir des mesures de contrainte qui soient faites dans des conditions les plus humaines possibles, permettant de répondre à leurs besoins de base (p. 20). Ils ont suggéré des interventions individualisées centrées sur la personne, l'administration de traitements, une observation constante lors d'épisodes de contrainte, le transfert dans des unités de soins intensifs en psychiatrie et l'opportunité de négocier avec les

soignants la suite de soins à leur apporter. Les patients mettent l'accent sur l'importance primordiale de la communication avec les soignants afin de réduire l'isolement et la contrainte (Kontio et al., 2012, p. 21). La communication est donc vue comme un soin relationnel à part entière.

3.1.6. Quelles recommandations proposer?

La littérature fait état de plusieurs recommandations envisageables : l'éducation des professionnels quant à la vision des soins et des patients en psychiatrie afin d'agir sur leur stigmatisation (Stevenson et al., 2015, p. 9) ; des enseignements sur la base d'approches issues de l'EBN, notamment pour des techniques alternatives à la contrainte, telles que la de-escalation⁶ de comportements agressifs en psychiatrie, afin de limiter la survenue d'évènements de violence ou d'agression (Kontio et al., 2010, p. 73) ; lorsque la contrainte n'a pas pu être évitée, permettre aux patients de revenir sur cet événement ; le débriefing⁷ avec les patients après les événements de contrainte (Kontio et al., 2010, p. 72 ; Kontio et al., 2012, p. 23) aura pour but de réduire le trauma potentiel et la rancœur face à l'épisode d'isolement et pourra peut-être éviter la survenue d'un épisode de contrainte subséquent.

Plusieurs études mettent l'accent sur la collaboration entre soignant et soigné. Le but est de travailler sur la prise de décision en commun avec le patient et un partage du pouvoir et du contrôle, rendant ainsi les patients acteurs de leurs soins (Kontio et al., 2012, p. 23). Cela permettrait d'aborder les situations de violence en partenariat avec le patient (Stevenson et al., 2015, p. 10) et de négocier les alternatives à la contrainte afin de les inscrire dans leurs plans de soins avec leur accord (Kontio et al., 2010, p. 73).

Les infirmières doivent confronter leur vécu et leurs émotions négatives afin d'améliorer la communication et la relation au patient. Un programme de supervision clinique pourrait les aider à se poser des questions sur leur pratique et à identifier la survenue de leur détresse émotionnelle (Moran et al., 2009, p. 603). Il serait également important d'instaurer un environnement sans jugement afin de permettre aux infirmières de se sentir habilitées à remplir des rapports d'incidents (Stevenson et al., 2015, p. 9).

⁶ Modèle qui signifie le désamorçage des comportements ou situations potentiellement violentes (Cowan, Davies, Estall, Berlin, Fitzgerald & Hoot, 2003, p. 65)

⁷ Le débriefing a pour but d'aider des personnes à se réconcilier avec le vécu d'une expérience comportant des émotions ou sentiments négatifs associés à un événement traumatisant (Ryan & Happell, 2009, p. 101).

3.1.7. Quel est l'enjeu de la relation thérapeutique ?

Comme la relation joue un rôle central en psychiatrie (Shattell, Starr & Thomas, 2007, p. 274), un problème de soins va se poser, si celle-ci se trouve compromise par les mesures de contrainte et par la violence. Infirmières et patients s'accordent à dire que la confiance et le fait d'être à l'aise l'un avec l'autre et de se respecter sont importants pour la création d'une relation thérapeutique. Le caring, l'empathie, l'authenticité, la confidentialité et le non-jugement occupent une place essentielle (Shattell et al., 2007, p. 276).

De plus, la notion d'alliance thérapeutique fait partie de toute relation de soins. Elle se crée par un partage de buts, de tâches et de liens entre le soignant et la personne soignée. La perception de la contrainte lors de l'admission et les actions de celle-ci par la suite ont un impact négatif sur le processus de soin et sur l'alliance thérapeutique (Cookson, Daffern & Foley., 2012, p. 22). Lorsque cette dernière est insuffisante, elle est associée à l'agressivité (Cookson et al., 2012, p. 21).

Selon la théorie de H. Peplau, la relation thérapeutique peut être abordée en plusieurs phases. De la phase d'orientation à la phase de travail, il y a une progression facilitée par la confiance, la disponibilité et la cohérence de la prise en soin infirmière (Shattell et al., 2007, p. 276). Les progrès faits dans la relation soignant-soigné permettent d'améliorer la communication et d'avoir une relation de confiance centrée sur la personne et basée non seulement sur l'empathie (Kontio et al., 2010, p. 72 ; Moran et al., 2009, p. 603) mais aussi sur l'authenticité et un regard positif inconditionnel (Wyder et al., 2015, p. 188). Plusieurs études mentionnent la nécessité d'améliorer la relation thérapeutique afin d'agir sur la survenue de comportements violents et pouvoir ainsi espérer réduire la contrainte (Kontio et al., 2010, p. 72 ; Moran et al., 2009, p. 604).

Habituellement le but des soignants est d'établir une relation de confiance avec la personne soignée et de développer la relation thérapeutique. Cependant, l'utilisation de la contrainte et d'un traitement contre leur volonté colorent négativement l'expérience des patients et influencent leur adhésion aux divers traitements (Kontio et al., 2012, p. 17).

En outre, les émotions négatives vécues par les soignants et le refoulement de celles-ci ont pour résultat un détachement émotionnel des infirmières. Ce phénomène pourrait influencer leur capacité à être en relation avec le patient (Moran et al., 2009, p. 602).

3.2. Tableau comparatif

Le tableau ci-dessous représente un résumé des articles choisis pour l'analyse en lien avec la problématique. Y figurent les types d'études, leur méthodologie, leurs buts et leurs limites.

Tableau 5. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs/ Année	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites / Critiques
Cookson, A., Daffern, M. & Foley, F. (2012)	Interviews de 79 patients admis en unités de soins aigus en psychiatrie, à Melbourne en Australie. (n=79) Etude qualitative descriptive	L'étude examine la relation entre le style de relation interpersonnelle, la perception de la contrainte et les symptômes psychiatriques sur l'alliance thérapeutique. Elle analyse aussi si ces éléments peuvent permettre de prédire l'agression.	Entretiens semi structurés avec utilisation d'échelles d'évaluation suivantes : - WAI-S : Working Alliance Inventory- Short Form - MAES : SF : Macarthur Admission Experience Survey : short Form - BPRS-18 : Brief Psychiatric Rating Scale Puis évaluation d'un score : - IMI-C : Impact Message Inventory- Circumplex Puis interview de chaque infirmière concernant les comportements agressifs. Utilisation de l'échelle score - OAS : Overt Aggression Scale Utile pour l'analyse des documents d'incidences et interviews du personnel soignant. Une série de teste t et teste- χ^2 a été menée pour comparer les participants agressif ou non agressifs envers les soignants.	La majorité des participants (75,9%) ont été agressifs, dont (64,6%) l'étaient à l'encontre des soignants par de la violence verbale (63,3%) plutôt que physique (22,8%). Seul le score de IMI (dominance et hostilité) montre une différence significativement plus élevée pour les patients agressifs. Le style interpersonnel dominant prédit l'agression à l'encontre du personnel. Le style interpersonnel hostile-dominant et le symptôme associé de paranoïa prédisent une faible alliance thérapeutique.	La manière de mesurer l'alliance thérapeutique est la principale limitation, par la difficulté des participants à répondre aux questions de la WAI-S. Des études préalables ont identifié d'autres variables intervenant dans l'alliance thérapeutique qui ne sont pas examinées ici. La volonté de répondre aux conventions sociales (questions quant à l'appréciation personnelle que les patients imaginent de la part des soignants)

<p>Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N. & Bleich A.</p> <p>(2009)</p>	<p>Etude menée auprès de 111 infirmières (sur 130 approchées) dans un hôpital gouvernemental en Israël.</p> <p>(n=111)</p> <p>Etude qualitative descriptive transversale</p>	<p>Le but de cette étude est d'examiner les attitudes, les préoccupations et les émotions des infirmières en réponse à la contention physique ainsi que leur avis sur la nécessité ou non de la participation aux interventions de contrainte par d'autres membres de l'équipe.</p>	<p>Etude sous forme de questionnaire à 52 items permettant d'évaluer les attitudes, opinions, comportements et émotions des soignants quant à la contention des patients. Participation volontaire et sous anonymat. Les résultats sont analysés suivant un test-t et test-x².</p>	<p>Critères principaux d'application de contrainte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en danger du patient et de son entourage - des actions désagréables de la part des patients - des bagarres entre patients - sur la demande du patient <p>Interventions permettant de réduire la contrainte : administration de médicaments appropriés (96,4 %) et identification précoce de la violence (92,7%). Les infirmières pensent qu'avoir une meilleure relation avec les patients permet d'éviter la violence et donc l'utilisation de contrainte.</p> <p>Emotions des infirmières lors de l'application de la contrainte : la pitié (75%), la frustration et l'impuissance (environ 50%).</p>	<p>Etude transversale qui ne permet pas d'établir une causalité entre l'association des caractéristiques des infirmières et de leurs croyances et perceptions concernant la contention physique.</p> <p>Les réponses courtes « je suis d'accord » ou « je ne suis pas d'accord » ne mènent pas à une compréhension approfondie des réponses cognitives et émotionnelles impliquées dans la décision menant à l'utilisation de la contention physique.</p>
<p>Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M.</p> <p>(2012)</p>	<p>Etude menée auprès de 30 patients (sur 120 patients contraints) âgés de 18-65 ans, parlant le Finnois, hospitalisés dans l'une des 6 unités fermées de soins aigus de 2 hôpitaux psychiatriques de Finlande.</p> <p>(n=30)</p> <p>Etude qualitative descriptive</p>	<p>Le but de l'étude est d'explorer le ressenti et l'expérience des patients suite à l'isolement ou la contention et leurs suggestions concernant l'amélioration de ces pratiques ou les alternatives possibles.</p> <p>(Elle fait partie d'un projet de recherche international européen (Léonardo da Vinci, FI-06-B-F-PP-160701))</p>	<p>Interviews de 11 à 60 min (M=25) sous forme de questions ouvertes. Conduits auprès de patients en psychiatrie 2-7 jours après un épisode d'isolement ou de contention. Transcription des interviews, codification des données permettant d'établir des catégories d'informations. L'analyse subséquente faite par deux chercheurs de manière indépendante, et comparaison des contenus obtenus.</p>	<p>Les patients relèvent plusieurs problématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La non-satisfaction de la manière dont ils ont été traités par les soignants. - La non-prise en compte des besoins de bases lors des événements de contrainte, le manque d'activité et de communication avec les soignants. - Le manque d'opportunités de débriefing après les événements de contrainte. <p>Les patients affirment que la relation au soignant, la communication et l'interaction avec celui-ci, sont les aspects les plus importants permettant d'éviter la contention.</p>	<p>La taille de l'échantillon : participation d'une minorité de patients pouvant être sélectionnées pour l'étude. (seul 26 % des 120 participants potentiels ont fait l'objet de l'étude pouvant introduire un biais de sélection).</p>

<p>Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G.</p> <p>(2010)</p>	<p>Étude menée auprès de 22 infirmières (sur 30 éligibles) et 5 (sur 8) médecins volontaires travaillant en Finlande dans 2 hôpitaux psychiatriques.</p> <p>Etude qualitative descriptive</p>	<p>Identifier les aspects éthiques des perceptions des infirmières et médecins lorsqu'un comportement agressif se produit et quelles alternatives à l'isolement et la contention sont utilisées actuellement en unité de psychiatrie.</p> <p>(Elle fait partie d'un projet de recherche international européen (Léonardo da Vinci, FI-06-B-F-PP-160701)</p>	<p>Création de 4 focus groupes (3 composés d'infirmiers et 1 de médecins). Etude menée sous forme d'interviews semi-structurées. Deux questions ouvertes sont posées pour laisser place à la discussion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que se passe-t-il dans votre unité quand un patient devient agressif ? - Quelles méthodes alternatives à la contention et à l'isolement avez-vous dans votre unité ? <p>Les différents résultats sont ensuite comparés.</p>	<p>Les décisions doivent être prise rapidement et les infirmières expriment un fréquent manque de temps. Les médecins déclarent une gêne lorsqu'ils sont appelés pour prendre part aux décisions sans rencontrer le patient au préalable. Les infirmières ont moins de temps pour les autres patients. Elles expriment un besoin de discuter de ces pratiques en équipe. Les managers ont un rôle clé à jouer par la création et la mise à disposition d'un temps de paroles.</p> <p>Les alternatives sont les suivantes: être présent, parler, donner des responsabilités et des activités qui ont du sens, soutenir et tenter de comprendre le vécu du patient. L'environnement et l'atmosphère sont très importants. Il est aussi primordial de négocier et mettre par écrit un plan de soins. Pour calmer un patient, les soignants peuvent utiliser leur pouvoir et leur autorité (homme plutôt que femme, médecin plutôt qu'infirmier).</p>	<p>Taille de l'échantillon qui est de seulement 27 soignants (infirmières et médecins)</p> <p>Méthodologie peu explicitée</p>
<p>Moran, A., Cocoman, A., Scott, P.A., Matthews, A., Staniulienė, V. & Valimäki, M.</p> <p>(2009)</p>	<p>Etude menée en Irlande auprès de 23 infirmières en psychiatrie issues de 4 services différents, utilisant la contention et l'isolement (n=23)</p> <p>Étude qualitative descriptive</p>	<p>Explorer les émotions et ressentis des infirmières en réponse à l'utilisation de contention ou de l'isolement.</p> <p>Elle fait partie d'un projet de recherche international européen (Léonardo da Vinci, FI-06-B-F-PP-160701)</p>	<p>L'étude a été menée sous forme d'entretiens semi-structurés dans 3 focus groupes (6-9 participants). Questions ouvertes.</p> <p>Entretiens enregistrés, retranscrits, puis catégorisation des informations. Les résultats ont été interprétés par plusieurs personnes. Participation sur la base du volontariat.</p>	<p>L'utilisation de la contention ne doit se faire qu'en dernier recours, lorsque toute autre forme d'intervention, de communication, de changement de lieu ou l'administration de médicaments ont échoué. Les infirmières éprouvent une détresse émotionnelle lorsqu'elles doivent recourir à la contention.</p> <p>La dépersonnalisation des patients rend les infirmières capables d'ignorer le caractère humain des soins et de se centrer uniquement sur les tâches, entravant le développement d'une relation soignant-soigné.</p>	<p>L'utilisation de la méthode d'échantillonnage dirigé pour la sélection des participants à l'étude et la participation volontaire à une étude dont le sujet est connu. L'échantillon est de petite taille.</p> <p>Des limites inhérentes à l'étude de focus groupes qui peut biaiser les résultats (telles que la censure et la recherche de conformité au groupe).</p>

<p>Shattell, M., Starr, S. & Thomas, S.</p> <p>(2007)</p>	<p>Interviews de 20 personnes anglophones (âgées de 21 à 65 ans) qui se disent elles-mêmes souffrantes de maladie psychique et ayant vécu de « la compréhension » de la part des soignants.</p> <p>(n=20)</p> <p>Etude qualitative recherche phénoménologique</p>	<p>Le but de cette étude est de comprendre ce que représente la relation thérapeutique pour les personnes souffrant de maladie mentale.</p>	<p>Interviews qualitatives.</p> <p>Décrivent leurs expériences de la relation thérapeutique avec les soignants basées sur 3 thèmes « entrer en relation avec moi », « me connaître en tant que personne » et « atteindre la solution ».</p> <p>Les interviews ont été relus et ré-analysés dans le but de souligner les aspects de l'expérience des patients concernant la relation thérapeutique.</p>	<p>Les patients souhaitent entrer en relation avec les soignants. Ils aimeraient que les infirmières apprennent à les connaître et leur consacrent du temps afin de les comprendre avant de les prendre en soin. Ils attendent des soignants qu'ils soient capables de les soutenir émotionnellement, d'adopter des comportements de caring et de valider leurs situations afin de créer une relation thérapeutique.</p>	<p>Taille de l'échantillon. Personnes dédommagées à la hauteur de \$ 20 pour leur participation.</p> <p>Sélection des données des interviews a posteriori concernant uniquement la relation thérapeutique.</p>
<p>Stevenson, K., Jack, S., O'Mara, L. & LeGris, J.</p> <p>(2015)</p>	<p>12 infirmières diplômées anglophones vivant au Canada étant employées ou ayant été employées pendant les 10 dernières années dans un service de soins psychiatriques aigus pour adultes et ayant subi un ou plusieurs types de violences de la part de patients.</p> <p>(n=12)</p> <p>Etude qualitative descriptive</p>	<p>De quelle manière ces infirmières définissent la violence des patients et de quelle façon elles décrivent leur expérience. Quelles sont les répercussions professionnelles et personnelles suite à l'exposition à ces types de violence et quelles stratégies peuvent être mises en place face à la violence des patients.</p>	<p>Entretiens semi-structurés explorant le vécu et l'expérience des infirmières en service de psychiatrie aigue de l'adulte.</p> <p>Etude sous forme de 17 entretiens semi-structurés auprès de 12 infirmières canadiennes qui ont signalé des événements distincts de violence vécue de la part de patients. 33 événements ont fait l'objet de cette étude.</p>	<p>Types de violence : 25 événements ont été décrits en tant que violences physiques initiées par le patient à l'encontre de l'infirmière, souvent accompagnées de violences verbales (comprenant abus verbaux, violence émotionnelle et psychologique).</p> <p>Le vécu de la violence par l'infirmière est influencé par la notion d'intentionnalité attribuée ou non à la maladie mentale. Les infirmières qui vivent la violence des patients développent des mécanismes de défense tels que la distanciation qui entravent la construction et le maintien de la relation thérapeutique. Elles sont donc plus susceptibles d'utiliser des approches médicamenteuses ou de contrainte pour remédier à la violence.</p>	<p>Difficulté de recruter des participants à cause de la nature sensible et controversée du sujet d'étude. L'échantillon est petit et réuni sur la base du volontariat. De plus les participants sont « rémunérés » par une carte café de 5 dollars. Comme il s'agit d'une étude qualitative, elle est subjective et de ce fait difficilement généralisable.</p>

<p>Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D.</p> <p>(2015)</p>	<p>25 (sur 32 approchés) patients ayant subi des traitements contre leur volonté (n=25)</p> <p>Etude qualitative descriptive</p>	<p>Le but de cette étude est d'abord d'explorer les expériences de patients admis de manière involontaire dans des unités et traités contre leur gré, puis d'analyser l'impact de ces expériences sur la formation de la relation thérapeutique.</p>	<p>Etude sous forme d'entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes (d'une durée de 20min à 2h). 13 des interviews ont été enregistrés, les autres ont été transcrits de manière rigoureuse.</p>	<p>10 des patients décrivent leurs expériences d'hospitalisation ou de traitement sous contrainte comme étant bénéfiques et les ayant protégés.</p> <p>12 ont ressenti l'expérience de l'admission involontaire comme une intrusion dans leur liberté et leur intégrité physique et comme nuisibles à leur rétablissement.</p> <p>3 participants ont vécu une expérience plus mitigée.</p> <p>Tous les patients, indépendamment de leur expérience positive ou négative, mentionnent l'importance du comportement des soignants et de leurs attitudes sur leur ressenti de l'hospitalisation et en particulier des mesures de contrainte. Les expériences positives de la relation thérapeutique sont identifiées comme l'un des aspects les plus importants du soin.</p>	<p>L'étude a porté sur l'expérience subjective et l'analyse des patients, les informations données n'ont pas été vérifiées par les chercheurs (si les événements décrits ont effectivement eu lieu et la manière dont les patients les ont relatées). On ne peut pas tirer de conclusions causales des résultats de cette étude.</p> <p>Il est possible que d'autres variables non identifiées aient pu influencer l'expérience des soins.</p> <p>La taille de l'échantillon est restreinte.</p> <p>Le but de l'étude n'est pas clairement énoncé</p>
---	--	--	--	---	---

4.DISCUSSION

La discussion va porter sur l'analyse critique des résultats et leur mise en perspective avec d'autres éléments de la littérature scientifique afin de répondre à la problématique. Ces données seront alors discutées à la lumière de l'ancrage théorique de H. Peplau témoignant de l'importance de la relation thérapeutique dans les soins en psychiatrie.

4.1. Conflit des logiques thérapeutiques et sécuritaires

Au vu des résultats amenés par l'analyse des articles, il s'avère que la violence représente un réel problème en psychiatrie. La violence, l'agressivité, la peur et la sécurité sont des termes qui font écho avec le travail en psychiatrie et colorent non seulement la perception de ce milieu mais également la prise en soin des patients. La psychiatrie reste un domaine emprunt d'une importante stigmatisation parfois véhiculée par les infirmières elles-mêmes (Stevenson et al., 2015, p. 10). Ainsi, malgré une éducation à la santé mentale, la peur du « fou » demeure présente et renvoie à la peur d'actes violents et de comportements agressifs.

La contrainte, qui a un long passé en psychiatrie, est un des soins les plus controversés et éthiquement questionnables. D'une manière générale, l'ensemble des études souligne l'impact négatif que provoquent les mesures de contrainte sur les patients, sur les soignants ainsi que sur les unités de soins (Kontio et al., 2010, p. 65; Moran et al., 2009, p. 599).

L'isolement, la contention et toute forme de traitement sous contrainte sont en conflit avec différents principes médico-éthiques. Les choix éthiques de la société doivent être conciliés avec les rôles particuliers assignés à la psychiatrie, d'une part sur le plan individuel qui met l'accent sur les droits du patient, son libre-arbitre et son autonomie en tant que citoyen à part entière, d'autre part sur le plan collectif qui vise à garantir la protection des individus et de la société face à des comportements déviants (Rey-Bellet et al., 2010, pp. 91-94).

Le soin par la contrainte oppose donc paradoxalement des objectifs thérapeutiques (fonction de contenant, d'éloignement physique, diminution de la stimulation sensorielle afin d'empêcher l'aggravation des symptômes cliniques et permettre au patient de reprendre le contrôle de lui-même) et des objectifs sécuritaires (permettant une réponse à la violence par des actes proportionnels) (Bardet Blochet, 2009, pp. 5-7 ; Rey-Bellet et al., 2010, pp. 91-94).

4.2. Etat des lieux sur la situation en Suisse

En ce qui concerne la Suisse, ce sont le Code pénal et le Code civil qui réglementent dans un premier temps l'utilisation des mesures de contrainte en tant que soin en psychiatrie. Les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, bien qu'elles ne fassent pas force de loi, sont un guide supplémentaire pour l'application de ces mesures (Bardet Blochet, 2009, p. 5). Toutefois, l'objectif réside dans la limitation maximale d'atteintes aux droits des patients et l'obtention du consentement le plus élevé possible. Comme la maladie psychique peut atténuer la capacité de discernement du patient, il est éthiquement et légalement nécessaire d'intervenir auprès de ce dernier afin de le protéger lorsque la violence devient un symptôme. Ceci permet de répondre au devoir de porter assistance à personne en danger (Art.128. CP). Néanmoins, avant de mettre en pratique une mesure de contrainte, une évaluation des bénéfices et des risques doit être effectuée (ASSM, 2015, p. 22). Une prescription médicale est obligatoire et une infirmière référente est définie afin de réévaluer le bien-fondé de la contrainte. C'est alors qu'un soutien relationnel intensif se montre incontournable et peut notamment inclure un débriefing de la situation avec le patient, une fois celle-ci levée (ASSM, 2015, p. 23). L'application de traitements psychiatriques par la contrainte est tolérée lorsque ces conditions précises sont remplies.

Cependant, toutes ces conditions ne sont pas forcément réunies, en pratique. Selon une étude de Lepping et al., (2009), la Suisse est le pays comprenant le plus d'unités fermées et ayant le plus recours aux mesures de contention et d'isolement, en comparaison à l'Angleterre et à l'Allemagne (p. 631). Seule la moitié des unités suisses étudiées proposent une discussion qui inclut le patient au sujet de l'incident violent. Il s'agirait du pays faisant le moins souvent d'évaluations régulières concernant les événements de violence et dont la documentation de ceux-ci serait la moins satisfaisante (Lepping et al., 2009, p. 632). Cette étude comparative datant de 2009 montre en effet que la Suisse n'est pas exemplaire en matière d'isolement et de contention ni dans les mesures visant à diminuer l'utilisation de ces méthodes (Lepping et al., 2009, p. 633).

Cela ouvre la voie à la réflexion et permet d'envisager d'importants progrès à faire afin d'atteindre les objectifs de réduction de contrainte globalement envisagés. Les enjeux éthiques des soins psychiatriques sous contrainte font partie des discussions croissantes en matière de santé mentale. Les pressions sociales, politiques et associatives sont également de multiples facettes de la problématique qui alimentent la polémique et la controverse quant à la possibilité d'éliminer

complètement les mesures de contrainte des soins en psychiatrie (Rey-Bellet et al., 2010, p. 92).

Bien qu'aucune étude retenue dans les résultats analysés n'ait été conduite en Suisse, une généralisation peut néanmoins être envisagée car les différents pays représentés sont des pays industrialisés et développés, situés notamment en Europe. Le respect des droits fondamentaux et des droits de l'Homme y sont des valeurs fortes ainsi qu'une réflexion commune sur les prises en soins infirmiers. Bien qu'il existe des différences de pratiques et de réglementation entre les pays, une extrapolation des résultats est permise.

4.3. Une problématique complexe

Les études révèlent globalement l'impact négatif provoqué par l'utilisation des mesures de contrainte sur les soignants et les soignés. Elles démontrent également la complexité des initiatives qui en visent la réduction.

Le ressenti et le vécu des patients, bien que certains d'entre eux reconnaissent des effets positifs à l'emploi de la contrainte tel que le sentiment de sécurité, sont majoritairement décrits de manière négative. Traumatisme, punition, désespoir, humiliation, colère et impuissance sont ainsi des termes couramment employés (Kontio et al., 2010, p. 17).

D'autre part, la définition de la violence étant une donnée subjective, les infirmières ne l'interprètent pas de la même manière. L'éducation, le genre, la composition de l'équipe ainsi que l'expérience des soignants représentent des facteurs qui influencent leur ressenti et leur perception de la violence des patients ainsi que de l'emploi des mesures de contrainte (Gelkopf et al., 2009, pp. 762-763). Une acceptation de la violence verbale est également reconnue ainsi qu'une accommodation à la violence comme composante du travail en milieu psychiatrique (Stevenson et al., 2015, p. 11).

Ainsi, la diversité des éléments joue un rôle sur la contrainte et le vécu de cette dernière étoffe la complexité de la prise en soin. Chaque situation est unique et une évaluation individuelle devient fondamentale, non seulement pour assurer le principe de bienfaisance et de non-malfaisance ainsi que le respect des droits à la liberté individuelle, mais également pour garantir le meilleur suivi possible. L'explication des composantes du processus en cours permet le maintien d'une relation de confiance entre soignant et soigné. Comme la relation thérapeutique est centrale dans la prise en soin en milieu psychiatrique (Shattell et al., 2007, p. 274), l'impact de la contrainte sur celle-ci représente un élément fondamental de la problématique. Cette évaluation des

bénéfices et des risques se trouve cependant souvent compromise par le caractère urgent de la situation (Kontio et al., 2010, pp. 68-69).

Les études s'accordent en outre sur l'existence d'un problème de rôle des soignants comme composante entravant la relation entre l'infirmière et le patient (Stevenson et al., 2015, p. 9). Effectivement, par leur ressenti négatif, les soignants développent des mécanismes de défense inconscients qui leur servent à éviter un sentiment de détresse ou de souffrance. Ces derniers sont le détachement émotionnel, l'endurcissement et la dépersonnalisation (Moran et al., 2009, pp. 601-603). Par définition, cette distanciation de l'infirmière peut l'empêcher de reconnaître pleinement les besoins physiques et psychiques du patient et de proposer un soin contenant efficace. Il existe alors un risque d'exacerbation du mal-être du patient qui peut être extériorisé par des comportements violents. Un « cercle vicieux » peut se créer et provoquer l'aggravation de la violence par l'emploi de la contrainte qui vise pourtant justement à la réduire et à la contrôler.

4.3.1. Des résultats à nuancer

4.3.1.1. Recommandations

L'analyse des études menées sur le sujet mentionne plusieurs alternatives aux mesures de contrainte. Toutefois, celles-ci ne sont que peu proposées et appliquées dans la pratique. Leur évaluation sur le terrain s'en trouve restreinte et les résultats ne sont pas facilement généralisables.

La perte de contrôle des patients sur leur prise en soin étant un facteur de risque de violence, une première stratégie est de leur rendre ce contrôle en leur offrant une participation active dans la prise de décisions médicales et de choix informels (Stevenson et al., 2015, p. 8). Les autres alternatives recommandées sont tout d'abord la prévention primaire qui diminue la violence par la présence des soignants auprès des patients par la communication ainsi qu'un temps à la discussion (Kontio et al., 2012, pp. 17-21). Le développement des aptitudes infirmières dans l'identification précoce de comportements agressifs et violents potentiels représente aussi une piste importante. Il préconiserait le désamorçage de la violence par l'identification de signes précurseurs au passage à l'acte (Gelkopf et al., 2009, p. 762).

La création d'un environnement clinique adapté et le maintien d'une atmosphère apaisante, l'accès aux informations, l'augmentation du ratio soignant par soigné et l'existence d'une équipe d'intervention d'urgence sont également proposés (Stevenson et al., 2015, p. 9). La mise en place de guides de bonnes pratiques afin de schématiser la prise en soin de patients violents serait un élément applicable dans un

second temps, tout comme la création de débriefings qui incluent les patients et la supervision des soignants dans la gestion de leurs émotions (Kontio et al., 2010, pp. 69-73).

Finalement, lorsqu'un consentement ne peut être obtenu, l'emploi de médicaments adaptés, l'influence du pouvoir et de l'autorité des médecins et des infirmiers masculins sont des méthodes considérées comme moins contraignantes (Kontio et al., 2010, p. 71).

4.3.1.2. Limites

Globalement, les recherches effectuées dans le cadre de ce travail ne révèlent que peu d'études qui traitent de l'efficacité des mesures de contrainte et de l'expérience subjective des patients ayant subi ces mesures. Elles ont tendance à se focaliser sur l'importance de l'éducation du personnel soignant pour faire face à ces comportements agressifs ou violents (Sturrock, 2010, p. 22). Il y a également un manque général de recherches sur les effets de la contrainte sur les patients et sur des critères d'application universels de ces mesures (Sturrock, 2010, p. 25).

Un deuxième fait marquant de cette revue de littérature est l'absence d'études quantitatives au sujet de l'utilisation de la contrainte et du vécu de ces mesures. (Soininen et al., 2013, p. 48). La grande majorité des articles retenus menés au sujet de la contrainte et de la violence en psychiatrie hospitalière, sont des études qualitatives. Celles-ci posent à leur tour un nombre de limitations. Elles permettent de recenser en détail le vécu des infirmières et des patients au sujet de la contrainte mais risquent aussi d'être très subjectives et peu généralisables (Kontio et al., 2010, p. 72 ; Wyder et al., 2015, p. 184). La taille relativement restreinte des échantillons utilisés ne permet pas une extrapolation des résultats obtenus (Kontio et al., 2012, p. 22 ; Moran et al., 2009, p. 604 ; Stevenson et al., 2015, p. 11).

Cependant, les auteurs de certains articles ont pu mettre en place plusieurs stratégies afin de garantir la qualité des études qualitatives menées, notamment par une transcription détaillée des propos des patients, parfois un enregistrement des entretiens, par l'utilisation de programmes informatiques qui codifient les données et par une interprétation détaillée de ces dernières. En un second temps, la validation des interprétations des chercheurs par les sujets quant aux informations recueillies et une construction transparente de la méthodologie ont permis de réduire les biais possibles. En effet, au lieu de proposer des critères de qualité rigides, ce sont plutôt des indications de bonnes pratiques qui mènent leur évaluation (Dixon-Woods, Shaw, Agarwal & Smith, 2004, pp. 223-225).

4.3.1.3. Perspectives

Malgré les efforts et une volonté globale des pays industrialisés de diminuer voire d'abolir les mesures de contrainte, selon Johnson (2010), la réalité du terrain démontre une inefficacité de ces mesures de réduction (p. 181). Son étude recense en effet les efforts fournis dans la réduction de l'emploi des mesures de contrainte et souligne un grand nombre d'éléments importants, tel que le renforcement de la confiance du patient qui permet la gestion de la violence et la réduction de cette dernière (Jonhson, 2010, p. 182). Quant aux attitudes sévères des soignants, elles augmentent la quantité de violence dans les unités de soins (Jonhson, 2010, p. 182). Cette étude démontre qu'il existe un lien étroit entre la violence et l'utilisation des mesures de contrainte. En effet, initialement utilisées afin de pallier à la violence, elles la potentialisent également. Une focalisation sur les deux éléments conjoints est donc incontournable au lieu d'une focalisation individuelle sur la violence ou sur la contrainte. La diminution de l'application des mesures de contrainte permettrait ainsi d'abaisser le taux de passages à l'acte.

4.4. La relation interpersonnelle, une alternative à la contrainte ?

Hildegard Peplau est considérée comme la pionnière des soins infirmiers en psychiatrie par sa considération du patient comme partenaire de soins et non comme objet d'observation (Smith & Parker, 2015, p. 68). Les soins infirmiers sont un processus significatif, thérapeutique et interpersonnel ainsi qu'un instrument éducationnel dont le but est de promouvoir une évolution vers une vie créative, constructive, productive, personnelle et communautaire (Peplau, 1952, traduction libre, p. 16 citée par Smith & Parker, 2015, pp. 68-69). Selon H. Peplau, une prise en soin est impossible sans la relation entre le patient et l'infirmière.

Les études ayant démontré l'importance de l'impact de la violence et de la contrainte sur la relation thérapeutique ainsi que la nécessité de cette dernière dans la résolution du problème, la théorie d'H. Peplau sur la relation interpersonnelle semble être un outil de choix. Le but de la relation soignant-soigné réside dans la promotion du développement personnel du patient (Smith & Parker, 2015, p. 69). Lors de leur première rencontre, l'infirmière et le patient sont des étrangers qui se doivent respect et intérêt. La considération de la personne soignée comme individu singulier ainsi que la communication sont des composantes clés d'une relation (Smith & Parker, 2015, p. 69). Toutefois, comme le démontrent les études analysées, les patients ne se sentent pas considérés comme partenaires de soins et il y a souvent un manque important de communication avant, pendant et après l'application des mesures de contrainte. Une

réflexion approfondie sur la considération du patient dans la relation pourrait l'aider à se sentir partenaire de soins et améliorer son vécu. Le point fondamental de la relation soignant-soigné nécessite donc de placer le patient au centre des préoccupations (Smith & Parker, 2015, p. 70). Le patient et l'infirmière cheminent ensemble dans la création et l'entretien d'une relation de confiance. Il est important que l'infirmière soit consciente de ses propres comportements et de leur impact sur le patient. Ils ont un effet significatif sur son bien-être et les résultats de sa prise en soin (Smith & Parker, 2015, p. 69).

La théorie de H. Peplau recommande également une analyse de la pratique infirmière par la supervision d'un expert clinique ainsi qu'une remise en question personnelle. L'identification d'éventuels mécanismes de défense inconscients permettrait un réajustement du soignant dans sa réponse aux besoins des patients.

4.4.1. Phase d'orientation

Lors de la première prise de contact et de l'entrée en relation, l'élément initial est l'observation de l'autre. Celle-ci permet de renseigner sur les comportements verbaux et non verbaux de la personne et d'identifier des signes précurseurs d'alerte ou d'agitation. Cette première impression colore le début de toute relation. Les soignants et les personnes soignées apprennent à se connaître. La création du lien se fait par l'identification des rôles propres à chacun, des attentes et des besoins des deux protagonistes. L'infirmière procède ensuite à l'évaluation des besoins du patient et du travail à accomplir en partenariat avec celui-ci (Smith & Parker, 2015, pp. 70-71). C'est par cette appréciation que la confiance se développe et la désignation des buts et des résultats attendus sont alors convenus. Les interventions infirmières sont signalées et les objectifs du patient pris en compte (Smith & Parker, 2015, p. 71). Face à la problématique de violence et de contrainte en psychiatrie, cette première phase semble être une ressource pour la création du lien qui mène au travail sur la situation du patient.

Cependant, si la rencontre se produit lors d'une phase de crise bien qu'initialement identifiée par l'observation, la création du lien de confiance n'a pas encore pu se produire, car il nécessite du temps pour se mettre en place. À ce stade, le patient n'a pas encore eu la possibilité de tester le lien et le soignant ne peut s'appuyer sur celui-ci. Le soignant se voit alors forcé, par le caractère urgent de la situation, d'utiliser la contenance de l'institution afin de sécuriser le patient et son environnement. La première phase de la relation sera donc reportée et ne pourra

s'instaurer qu'avec le temps et lorsque le patient aura repris un certain contrôle de lui-même et récupéré sa liberté de penser.

En revanche, lorsque la rencontre se produit dans les conditions propices à la création de la relation de confiance par l'approfondissement de la connaissance de l'autre, l'infirmière peut développer un lien sécurisé. Celui-ci optimise la capacité d'observation du soignant par l'identification de signes précurseurs de la violence du patient et, dans un second temps, le désamorçage de celle-ci. La relation interpersonnelle de H. Peplau fait état du bienfait d'une simple écoute et du respect indispensable à la prise en soin.

4.4.2. Phase de travail

Elle correspond à l'exploitation des ressources par le patient et à l'endossement des différents rôles par le soignant énoncés par H. Peplau (Smith & Parker, 2015, p. 71). Il se crée alors une balance entre dépendance et indépendance. L'infirmière doit assurer le développement de cette dernière. Le soutien au patient par l'encouragement à la mobilisation de ses propres ressources afin de désamorcer le développement de la violence devient possible. Le lien déjà créé peut alors être employé pour prendre soin du patient. Cette phase propose un espace où le patient est amené à exprimer les symptômes qui ont conduit à son hospitalisation. Il peut rejouer sa problématique dans un milieu contenant mis en place par l'infirmière. Chaque infirmière participe à la mise en place d'un contenant individuel, lui-même contenu par une équipe contenante. C'est à ce moment-là que le risque de comportements violents est le plus important.

Même lorsque l'utilisation de mesures de contrainte n'a pu être évitée, il est encore possible de créer un lien thérapeutique. Une relation interpersonnelle satisfaisante par le respect mutuel et l'ouverture au dialogue permet de répondre aux besoins du patient. Cependant, aux yeux des patients, la contrainte représente une entrave importante au maintien du lien. Les soins sous contrainte sont reconnus comme ayant un impact négatif sur le vécu de l'hospitalisation (Wyder et al., 2015, p. 182). Le patient doit pouvoir donner du sens à ce qu'il vit afin que cela s'inscrive dans son projet de soins.

Le vécu globalement négatif de la contrainte mène également au risque que l'infirmière mette inconsciemment en place des mécanismes de défense. Ceux-ci peuvent mener à la dépersonnalisation du patient empêchant un rapport authentique et congruent ainsi vers des soins centrés davantage sur les tâches que sur les besoins (Moran et al., 2009, pp. 602-603 ; Stevenson et al., 2015, p. 7).

Dans cette phase, il est possible d'utiliser des techniques de soins telles que « réassurance, désescalade, surveillance, évaluation plus détaillée, occupations thérapeutiques » (Lebain & Dollfus, 2014, p. 55). Puis à la suite d'une période de contrainte, le débriefing permet aussi au patient de revenir sur cet épisode afin d'en limiter les séquelles négatives en examinant avec attention le vécu de celui-ci (Needham, Dip & Sands, 2010, p. 222).

4.4.3. Phase de résolution

La phase de résolution se caractérise par la prise d'indépendance du soigné et la fin de la relation interpersonnelle. Le patient a cheminé dans sa problématique de santé et peut recouvrir une certaine autonomie qui témoigne de la réussite des phases précédentes (Smith & Parker, 2015, p. 71). En revanche, si la problématique de violence en milieu hospitalier psychiatrique n'est pas résolue, un mal-être et un besoin de contenance psychique par l'infirmière s'ensuivent. Il devient difficile d'envisager la fin de la relation si le patient ne parvient pas à répondre à ses besoins de contenance psychique.

Finalement, la relation impacte sur toute l'expérience de l'hospitalisation (Wyder et al., 2015, p. 185). Indépendamment du vécu positif ou négatif de la contrainte, le comportement des soignants joue un rôle primordial sur la capacité du patient à se sentir en relation (Wyder et al., 2015, p. 187). La théorie de H. Peplau sur la relation interpersonnelle représente un outil envisageable pour la diminution de la violence et de l'utilisation des mesures de contrainte. En effet, l'instauration d'une relation telle que la décrit H. Peplau propose des pistes de réflexion quant aux problématiques de distanciation des soignants, de dépersonnalisation et de non reconnaissance des besoins des patients menant aux difficultés de prise en soin et de rétablissement.

5. CONCLUSION

La revue de littérature effectuée dans ce travail synthétise certains résultats des recherches actuelles dans le domaine de la violence dans les soins en psychiatrie hospitalière. Elle permet de s'interroger sur les réponses et alternatives que les infirmières peuvent apporter à ces mesures.

L'efficacité du soin relationnel limite non seulement les mesures de contrainte, mais réduit également les comportements violents. Un désamorçage des situations avant qu'elles ne conduisent à des actes déviants est essentiel. Il reste cependant difficile de démontrer une réponse thérapeutique optimale face aux comportements agressifs ou violents car ceux-ci sont spécifiques et singuliers au contexte et aux circonstances individuelles des patients (Finfgeld-Connett, 2009, p. 535).

5.1. Apports et limites du travail

Ce travail permet d'illustrer l'importante controverse qui existe au sujet de la contrainte dans les soins. Ces recherches font état d'un manque de littérature quant au vécu des patients et des alternatives possibles. Elles ne démontrent pas clairement l'efficacité des mesures alternatives et ne permettent pas une prise de recul suffisante quant aux vertus des stratégies de réduction de la contrainte. Le grand nombre d'études qualitatives permet d'avoir des résultats descriptifs détaillés mais n'aboutit pas à une généralisation des données.

Cette revue de littérature souligne la nécessité de faire davantage de recherches comparatives afin de répondre aux critères de l'*evidence based nursing* (EBN). La mise en place de pratiques standardisées peut également conduire à des études plus pertinentes sur la question de l'efficacité de ces interventions.

Vu le manque d'études menées sur la problématique, ce travail ne permet pas de cerner spécifiquement la situation suisse. Notre pays s'inscrit cependant dans un courant de réflexion mené sur la santé mentale et ses enjeux. Cette tendance met en exergue certains concepts phares que sont l'*advocacy*, les directives anticipées en psychiatrie, le concept de rétablissement et l'importance des associations d'usagers. Ces notions sont donc également brièvement abordées dans les recommandations de ce travail car elles contribuent aux perspectives envisageables pour l'amélioration de la pratique infirmière. Elles reflètent notre positionnement en tant que futures infirmières.

5.2. Recommandations

L'accent doit être mis sur des programmes d'éducation aux soignants à la gestion des épisodes violents, notamment, l'apprentissage de techniques de désamorçage, d'identification des signes précurseurs et de débriefing. Mais aussi viser l'amélioration du travail d'équipe et de l'environnement thérapeutique ainsi que l'adoption d'une culture de soins basée sur la relation (Johnson, 2010, p. 195) et centrée sur le patient. Il est important de viser l'éducation du personnel soignant au sens large quant aux soins en psychiatrie et à l'utilisation de la contrainte à bon escient afin de pouvoir proposer des environnements moins restrictifs pour les patients. Le personnel adéquatement formé connaît alors mieux ses possibilités d'action, ses limites et court ainsi moins le risque d'être agressé (Cowin et al., 2003, p. 67).

L'avenir est dans la prévention primaire et dans le désamorçage de la violence, notamment par des techniques de soins comme le modèle de désescalade. Le travail sur les épisodes de contrainte par le débriefing entre soignants et patients semble être d'une importance primordiale et provient d'un souhait couramment exprimé par les patients de pouvoir revenir sur leur vécu de la contrainte. Il paraît cependant important de développer des marches à suivre structurées et des guides de bonnes pratiques à cet effet qui mèneront vers l'amélioration du processus de débriefing post-contrainte (Needham et al., 2010, p. 230).

Le but est de viser une prise en soin moins paternaliste où la place est laissée au patient dans la prise de décision le concernant. Les soignants font souvent figure d'autorité mais une vision plus collaborative les encourage à assumer un rôle de partenaire dans les soins auprès des patients. Ils peuvent alors être des ressources pour ceux-ci afin que ces derniers puissent prendre en charge leur maladie et leur vie. (Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012). Les valeurs et principes de soins infirmiers des dernières décennies tentent de placer le patient au centre des soins et de le rendre acteur de sa propre santé. L'infirmière se porte garante des droits des patients, de la défense de leurs intérêts et de leur bien-être. Ceci répond au principe d'advocacy où l'infirmière plaide la cause du patient (Gaylord & Grace, 1995, pp. 11-18).

L'infirmière peut encourager les patients à remplir des directives anticipées également reconnues dans les autres secteurs de la médecine. Ces dernières prennent toute leur importance en psychiatrie, permettant au patient de participer à l'élaboration de plans de soins concernant les situations « d'urgence » tels que des comportements violents ou agressifs (Soininen et al., 2013, p. 51). Elles mènent aux

actions et aux conduites à tenir des soignants tout en conférant une importance primordiale aux souhaits des patients (Gravier & Etyan, 2011, p. 1086).

Une autre ressource pour les patients et soignants se trouve dans les associations d'usagers (groupes d'entraide et associations de patients) qui ont pour but de valoriser les savoirs expérientiels de leurs membres et le soutien mutuel. L'action des groupes de pairs permet de limiter les effets de l'isolement et de la stigmatisation et d'apprendre de nouvelles stratégies pour faire face aux épreuves difficiles. Le travail en groupe a pour but de soulager la souffrance psychique, d'en atténuer les symptômes, de valoriser les émotions et d'augmenter le sentiment de sécurité des personnes (Bardet Blochet & Zbinden, 2008, pp. 1972-1975). Ils renforcent l'estime de soi et l'autonomie des patients.

Ces groupes permettent également aux patients de revendiquer leurs droits juridiques mais aussi l'ensemble des droits humains. La reconnaissance de ces droits et le savoir expérientiel font partie de l'empowerment dont l'objectif est de donner au patient un plus grand contrôle sur sa vie et sur ses soins (Gravier & Eytan, 2011, p. 1808). Grâce à ces connaissances spécifiques et par une expérience intime de la maladie, les patients sont porteurs d'un savoir d'expert. Ils sont amenés à avoir des comportements actifs et responsables face à leur santé (Bardet Blochet & Zbinden, 2008, pp. 1972-1975), et deviennent des partenaires de soins à part entière.

Finalement, le rétablissement est un processus en psychiatrie qui amène les patients souffrant de pathologies mêmes lourdes à aller mieux, à vivre de manière épanouie et à apporter leur contribution à la société malgré des contraintes éventuelles liées à leur maladie. C'est un processus subjectif qui permet à l'individu de restaurer ou de développer une identité positive et riche en sens en visant la meilleure qualité de vie possible. L'approche basée sur le rétablissement introduit de manière univoque la notion d'espoir dans le monde de la psychiatrie (Greacen & Jouet, 2013, p. 359). L'infirmière doit alors devenir porteuse de cet espoir.

6. REFERENCES

6.1. Liste de Références Bibliographiques

6.1.1. Articles scientifiques généraux

- Bardet Blochet, A. (2009). Les chambres fermées en psychiatrie: poursuivre le débat pour dépasser les conflits. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* (160), 4-11
- Bardet Blochet, A. & Zbinden, E. (2008). Groupes d'entraide et santé: solidarité, partenariat et revendication*. *Revue Médicale Suisse* (4), 1972-1975.
- Caria, A., Arfeuillère, S., Vasseur Bacle, S. & Loubières, C. (2012). Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale?. *La santé de L'homme* (419), 25-27.
- Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé. (2004). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *ÉTUDES et RÉSULTATS*, 347.
- Cowin, I., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M. & Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing* (12), 64-73.
- Dixon-Woods, M., Shaw, R., Agarwal, S. & Smith, J. (2004). The problem of appraising qualitative research. *BMJ Quality & Safety*, 223-225.
- Fingfeld-Connett, D. (2009). Model of Therapeutic and Non-therapeutic Responses to Patient Aggression. *Issues in Mental Health Nursing* (30), 530-537.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2012). Mythe: Les personnes atteintes de maladie mentale ne se rétablissent jamais complètement. *À bas les mythes*.
- Gaylord, N. & Grace, P. (1995). Nursing advocacy: an ethic of practice. *Nurse ethics*, 2 (1), 11-18.
- Gravier, B. & Etayn, A. (2011). Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte. *Revue Médicale Suisse* (7), 1806-1811.
- Greacen, T. & Jouet, E. (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique: le projet EMILIA. *L'Information Psychiatrique*, 89, 359-364.
- Ingersoll, G. (2000). Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. *Nursing Outlook*, 48 (4), 151-152.
- Krol, P. & Legault, A. (2008). Mieux comprendre l'apprentissage du caring, une nécessité pour préserver l'approche humaniste au coeur des soins. *L'infirmière clinicienne*, 5 (1), 35.
- Lanquetin, J.-P. (2002). L'agitation en psychiatrie, quels repères pour quels soins ?

Soins Psychiatrie, 222, 16-22.

Milleur, Y. (2014). La contenance comme processus psychique. *Soins Psychiatrie*, 295, 12-17.

Needham, H., Dip, G. & Sands, N. (2010). Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46 (3), 212-232.

Rey-Bellet, P., Bardet Blochet, A. & Ferrero, F. (2010) Hospitalisations non volontaires à Genève: la liberté sous contrainte? *Schweizer Archiv für Neurologie und psychiatrie*, 161 (3), 90-95.

Ryan, R. & Happell, B. (2009). Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *International Journal of Mental Health Nursing* (18), 100-107.

Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G. & Putkonen, H. (2013). Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing* (22), 47-55.

Sturrock, A. (2010). Restraint in inpatient areas: the experience of service users. *Mental Health Practice*, 14 (3), 22-26

Thomazic, V., Best, R. & Giannakopoulos, P. (2014). Réhabilitation psychosociale et soins sous contrainte. *Rev Med Suisse*, 10, 1697-1701.

6.1.2. Articles scientifiques analysés

Cookson, A., Daffern, M. & Foley, F. (2011). Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20-29.

Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N. & Bleich, A. (2009). Attitudes, Opinions, Behaviours, and Emotions of the Nursing Staff Towards Patient Restraint. *Issues in Mental Health Nursing* (30), 758-763.

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* (48), 16-24.

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17 (1), 65-76.

Moran, A., Cocoman, A., Scott, P.A., Matthews, A., Staniulienė, V. & Välimäki, M. (2009). Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (16), 599-605.

Shattell, M., Starr, S. & Thomas, S. (2007). "Take my hand, help me out ": Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing* (16), 274-284.

Stevenson, K., Jack, S. & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient

violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *Stevenson et al. BMC Nursing*, 1-13.

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing* (24), 181-189.

6.1.3. Ouvrages et manuels

Académie Suisse des Sciences Médicales (2015) *Mesures de contrainte en médecine* [Brochure]. Berne: Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

Alligood, M. & Tomey, A. (2010). *Nursing Theorists and Their Work* (7^e éd.). St Louis: Mosby Elsevier.

Art. 16 du Code civil suisse du 1^{er} Juillet 2014 (CC ; RS 210)

Art. 17 du Code civil suisse du 1^{er} Juillet 2014 (CC ; RS 210)

Art. 426 du Code civil suisse du 19 décembre 2008 (CC ; RS 210)

Art. 435 du Code civil suisse du 19 décembre 2008 (CC ; RS 210)

Art. 128 du Code pénal suisse du 1^{er} Janvier 2016 (CP ; RS 311.0)

Art. 50 de la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 (LS ; RSG K 103).

Art. 51 de la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 (LS ; RSG K 103).

Art. 5 de la Convention européenne des droits de l'homme du 4 novembre 1950 (=CEDH ; RS 0.101).

Assemblée fédérale de la Confédération suisse. (2016). Livre premier: Droit des personnes. *Code civil suisse* (p. 4).

Ciccone, A., Bonnefoy, C., Bonneville-Baruchel, E., Calamote, E., Desveaux, J.-B., Garot, M., ... Veyron La Croix, E. (2014). *La violence dans le soin*. Paris: Dunod.

Cruchod, C. (2009). *Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Dabrion, M. (2014). *Soins relationnels : La communication, l'entretien professionnel infirmier, la relation d'aide*. Paris : De Boeck-Estem

Davous, D., Le Grand-Sébillé, C. & Seigneur, E. L.-S. (2014). *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*. Toulouse: érès.

Dictionnaire encyclopédique Larousse. (1979). Paris: Librairie Larousse

Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3^e éd.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Friard, D. (2002). *L'isolement en psychiatrie: Séquestration ou soin ?* Paris: Masson.
- Gbézo, B. (2011). *Les soignants face à la violence*. France: Wolters Kluwer France.
- Moras, L. (2002). *Comprendre la violence en psychiatrie : Approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod.
- Moras, L., Perrin-Niquet, A., Barbot, C. & Moras, C. (2012). *L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie* (2^e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Pascal, J.-C. & Hanon, C. (2014). *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*. Paris: Adagp.
- Smith, M., C. & Parker M., E. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice* (4^e éd.). Philadelphia : F. A. Davis Company.

6.1.4. Documents électroniques

- Aide médico psychologique. (2008). *Le modèle de Moser (1987). « la dynamique de la violence »* Accès
http://amp.vefblog.net/1.html#Le_modele_de_Moser_1987____la_dynamique_de_la_viole
- Bedin, V. & Dortier, J.-F. (2011). *Violence(s) et société aujourd'hui*. Accès
http://editions.scienceshumaines.com/violence-s-et-societe-aujourd-hui_fr-413.htmv
- Bianchi, P. (2013). *Dossier : Hôpital et sécurité*. Accès
<http://www.faceaurisque.com/index.php/Accueil/Maitrise-des-risques/Dossiers/Hopital-et-securite/Violence-a-l-hopital>
- Escard, E. (2015). *Violences et tortures – Service de médecine de premier recours*. Genève. Accès
www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/.../strategie_uimpv_2015_arce.pdf
- Grand Conseil de la République et canton de Genève. (2006). *K 1 03: Loi sur la santé (LS)*. Accès https://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_03.html
- Hôpitaux Universitaires de Genève (2014). *Mesures physiques limitant la liberté de mouvement*. [Brochure]. Accès
<http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/limites-liberte-mouvement.pdf>
- Horde, P. (2014). *Facteur d'impact - Définition*. Accès
<http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/17840-facteur-d-impact-definition>
- Observatoire national des violences en milieu de santé. (2014). *ONVS : rapport annuel 2014 - données 2013*. Accès
<http://www.sante.gouv.fr/onvs-rapport-annuel-2013.html>

6.2. Liste Bibliographique

6.2.1. Articles scientifiques

- Bigwood, S. & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing* (17), 215-222.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards . *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (21), 499-508.
- Bullock, R., McKenna, B., Kelly, T., Furness, T. & Tacey, M. (2014). When reduction strategies are put in place and mental health consumers are still secluded: An analysis of clinical and sociodemographic characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing* (23), 506-512.
- Finfgeld-Connett, D. (2009). Model of Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression. *Issues in Mental Health Nursing* (30), 530-537.
- Happell, B. & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing* (19), 162-168.
- Johnson, M. (2010). Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units. *Issues in Mental Health Nursing*, 181-197.
- Jonker, E., Goosens, P., Steenhuis, I. & Oud, N. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (15), 492-499.
- Laiho, T., Kattainen, E., Astedt-Kurki, P., Putkonen, H., Lindberg, N. & Kylmä, J. (2013). Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (20), 830-839.
- Lepping, P., Steinert, T., Needham, I., Abderhalden, C., Flammer, E. & Schmid, P. (2009). Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (16), 629-635.
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., ... Tsuchiya, A. (2006). A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8-18.
- Maguire, T., Daffern, M. & Martin T. (2013). Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing* (2), 153-160.
- Vatne, S. & Fagermoen, M. S. (2007). To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing* (14), 41-48.
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2015). Therapeutic

relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing* (24), 181-189.

6.2.2. Ouvrages et manuels

Art. 46 de la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 (LS ; RSG K 103).

Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e ed.). Montréal: Chenelière éducation

Peterson, S., J. & Bredow, T. S. (2013). *Middle Range Theories: Application to Nursing Research* (3^e éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Richard, C. & Lussier, M.-T. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique Inc.

ANNEXE 1 : DEFINITION DES COMPOSANTES ETHIQUES INTERVENANT DANS LES SOINS SOUS CONTRAINTE, SELON L'ASSM

L'autodétermination : C'est un principe fondamental de l'éthique, sous-tendu par le principe d'autonomie, qui permet à la personne d'agir de manière volontaire et indépendante, sans contrainte extérieure. Selon l'Art. 46 K1 03 : Loi sur la santé, elle implique le principe de liberté (absence de contrainte) et la capacité de discernement permettant, au niveau médical, un consentement libre et éclairé.

La capacité de discernement : Selon l'Art. 16 du Code civil suisse, elle représente la capacité d'une personne « à percevoir la réalité et à se forger son propre jugement et sa propre volonté (faculté de jugement), et, d'autre part, la capacité d'agir conformément à sa volonté (capacité de contrôle). » (ASSM, 2015, p. 40). Elle est uniquement évaluée par rapport à une situation concrète et pour un acte concret (qui est de consentir ou non). En vertu de l'absence de capacité de discernement (Art. 17 CC), la personne ne dispose donc pas de l'exercice des droits civils et ne peut consentir à un soin.

Placement à des fins d'assistance : Le droit de protection de l'adulte contient des réglementations pour l'application de mesures de contrainte dans certains domaines (ASSM, 2015, p. 8). Selon l'Art. 426 du CC, le PAFA comprend le placement d'une personne suite à un état de faiblesse (troubles psychiques, déficience mentale ou grave état d'abandon) contre sa volonté dans un établissement approprié à des fins thérapeutiques. Une PAFA présente toujours une mesure de contrainte, mais elle n'autorise en elle-même que la limitation de la liberté et non le traitement sans consentement (ASSM, 2015, p. 11).

La situation d'urgence : On parle de situation d'urgence « lorsqu'une intervention médicale est nécessaire sans délai pour sauver une vie ou éviter des dommages sérieux » (ASSM, 2015, p. 12). L'Art. 435 du CC définit le cas d'urgence comme « les soins médicaux indispensables qui peuvent être administrés immédiatement si la protection de la personne concernée ou celle d'autrui l'exige ». Le traitement doit alors se faire selon la volonté exprimée du patient (par le biais d'une directive anticipée ou par le représentant clairement défini du patient) ou en fonction de la volonté présumée et les intérêts du patient.

Principe de subsidiarité et proportionnalité dans la mesure de contrainte : Cela signifie qu'une mesure doit être nécessaire et appropriée (que toutes les alternatives ont été vérifiées) et que seule la mesure de contrainte permet d'écarter le danger (ASSM, 2015, p. 14). C'est la moins éprouvante, ressentie subjectivement par le patient, qui doit être choisie (ASSM, 2015, p. 35).

ANNEXE 2 : FICHE DE LECTURE : ANALYSE CRITIQUE D'UNE ETUDE QUALITATIVE

Démarche descriptive

Contexte de réalisation et publication de l'étude : *Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units : an interpretive descriptive study*

Identité des auteurs :

Cet article est écrit par quatre personnes :

Stevenson Kelly : Infirmière diplômée et enseignante clinique pour les étudiants infirmiers en soins psychiatriques hospitaliers aigus au Canada.

Jack Susan : Professeure associée en soins infirmiers, membre du département d'épidémiologie et de bio-statistiques cliniques. Affiliée au centre canadien de l'Evidence Based Nursing.

O'Mara Linda : Professeure associée en soin infirmiers à l'université McMaster, Hamilton, Canada.

LeGris Jeannette : Infirmière en pratiques avancées et psychothérapeute des adolescents et adultes. Membre associé du département de psychiatrie et neurosciences comportementales à l'université de McMaster.

Nom et type de revue

BioMed Central (BMC) Nursing, journal en libre accès, révisé par les pairs. Comporte des revues qui tiennent compte des articles sur tous les aspects de la recherche en soins infirmiers, c'est-à-dire la formation, l'éducation et la pratique.

Lieu et date

Article soumis le 20 janvier 2015 et accepté le 30 avril 2015. Publié en ligne le 17 mai 2015. Hamilton, au Canada.

Objectifs pratiques

Cette étude décrit l'expérience de la violence des patients vécue par les infirmières en psychiatrie dans le contexte de soins hospitaliers. Elle permet de donner une

description holistique et riche du phénomène de la violence des patients afin de faire des recommandations pour la future pratique clinique et l'établissement de directives.

L'objet de l'article et le cadre théorique

Objet de recherche :

La manière dont ces infirmières définissent la violence des patients et la décrivent, l'identification des répercussions professionnelles et personnelles suite à une exposition à ces types de violence et les stratégies qui peuvent être mises en place face à la violence des patients.

Questions de recherche

- Comment les infirmières décrivent-elles leurs expériences de la violence des patients dans des unités de psychiatrie hospitalière ?
- Comment les infirmières décrivent-elles l'impact personnel et professionnel de leurs expériences et de leur exposition à la violence des patients ?
- Quelles stratégies les infirmières décrivent-elles comme influençant le vécu de la violence des patients ?

Hypothèse de travail

L'information recueillie par cette étude va permettre d'identifier les besoins de connaissances et de compétences des infirmières travaillant dans ce contexte. Elle aidera également à identifier les barrières potentielles dans la pratique actuelle au niveau de la clinique et de l'organisation.

Cadre théorique de la recherche

Non mentionné.

Principaux concepts et/ou notions utilisés

Définition de la violence, les effets liés à l'exposition à la violence, pouvoir et contrôle, la stigmatisation, le conflit de rôle.

Méthodologie de la recherche

Population de l'étude :

12 infirmières diplômées, anglophones, vivant au Canada, employées ou ayant été employées pendant les 10 dernières années dans un service de soins psychiatriques

aigus pour adultes, victimes d'un ou de plusieurs types de violences de la part de patients.

Type d'étude

Etude qualitative descriptive, explorant le vécu et l'expérience des infirmières en service de psychiatrie aigue de l'adulte. Etude sous forme de 17 entretiens semi-structurés auprès de 12 infirmières canadiennes qui ont signalé des événements distincts de vécus de violence de la part de patients. 33 événements ont fait l'objet de cette étude.

Présentation des résultats :

Principaux résultats de recherche :

Types de violence : parmi tous les événements, 25 ont été décrits comme violences physiques initiées par le patient à l'encontre de l'infirmière, souvent accompagnées de violences verbales (comprenant abus verbaux, violence émotionnelle et psychologique). Les infirmières ont constaté que la violence physique ou verbale à leur encontre affectait leurs activités professionnelles et personnelles. Le vécu de la violence par l'infirmière est influencé par la notion d'intentionnalité, attribuée ou non à la maladie mentale. Les infirmières qui vivent la violence des patients développent des mécanismes de défense, tels que la distanciation, qui entravent la construction et le maintien de la relation thérapeutique. Elles sont alors plus susceptibles d'utiliser des approches médicamenteuses ou de contrainte pour remédier à la violence.

Les infirmières décrivent la lutte qui se produit avec le patient autour du « pouvoir » dans la relation. La perte de ce pouvoir donne lieu à des sentiments d'impuissance.

Conclusions générales

Il faut rendre le pouvoir et le contrôle aux patients qui sont partenaires des soins et donc partager la prise de décision. Le paternalisme doit se transformer en soin collaboratif. La violence ne doit pas être acceptée ou banalisée dans le lieu de travail car elle conduit à la dépersonnalisation et impacte négativement sur la relation thérapeutique.

Ethique :

L'approbation éthique a été donnée par le Hamilton Integrated Research Ethics Board. Le consentement de tous les participants a été obtenu et une carte café de 5 dollars a été offerte à toutes les personnes répondant à l'interview.

Démarche interprétative

Apports de l'article

Cette recherche qualitative nous permet de comprendre comment la violence est vécue par des infirmières au Canada. Elle nous donne une description détaillée de l'expérience et des stratégies utilisées pour prévenir et faire face à la violence dans les soins. Elle permet d'ouvrir des perspectives de besoins de recherches futures pour la pratique infirmière et soulève des manques au niveau de l'éducation et de guides de la pratique.

Limites :

Difficulté de recruter des participants à cause de la nature sensible et controversée du sujet d'étude. L'échantillon est petit et réuni sur la base du volontariat. Les participants sont « rémunérés » par une carte café de 5 dollars. Étant une étude qualitative, elle est subjective et de ce fait difficilement généralisable.

Les auteurs mentionnent des stratégies afin de limiter les biais :

- Utilisation de transcription détaillée des interviews
- Demande aux participants la validation des interprétations des chercheurs quant aux informations recueillies
- Utilisation de software informatique pour codifier les données qualitatives rendant le processus de recherche vérifiable, contrôlable et, dans une certaine mesure, reproductible.

Pistes de réflexion :

La compréhension de l'expérience vécue par ces infirmières permet aux organisations d'envisager de meilleurs moyens pour les soutenir dans leur pratique. Les soutenir dans leur santé mentale mènera à ce qu'elles puissent elles-mêmes soutenir les patients dans la leur.